

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS RESULTADOS DOS COMPONENTES DO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM MINAS GERAIS

FINANCING OF PRIMARY HEALTH CARE AND THE RESULTS OF THE COMPONENTS OF THE PREVINE BRAZIL PROGRAM IN MINAS GERAIS

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y RESULTADOS DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA PREVINE BRASIL EN MINAS GERAIS

Caroline Schilling Soares, MSC

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
carolschillings@gmail.com

Mirela Castro Santos Camargos, Dra.

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
mirelacsc@gmail.com

Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha, Dra.

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
kvmicaela@gmail.com

RESUMO

O Programa Previne Brasil é um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. O objetivo deste artigo é analisar os resultados alcançados pelos municípios do estado de Minas Gerais quanto ao cadastro da população, aos indicadores de saúde e à adesão a equipes, ações e programas estratégicos antes e após a instituição do Programa Previne Brasil. Trata-se de estudo quantitativo com dados secundários, contemplando os 853 municípios de Minas Gerais, com análise desagregada por macrorregiões de saúde. Verificou-se aumento do cadastro da população e melhoria gradual dos resultados dos indicadores, apesar de estarem aquém das metas estabelecidas. As equipes de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica deixaram de ser custeadas pela União, porém mantiveram-se alguns programas estratégicos e outros incorporados. As mudanças do financiamento trazem desafios aos municípios para o cumprimento das regras e garantia do recebimento dos repasses federais.

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

ABSTRACT

The Previne Brazil Program is a new financing model for Primary Health Care. The objective of this article is to analyze the results achieved by municipalities in the state of Minas Gerais in terms of population registration, health indicators and adherence to teams, actions and strategic programs before and after the Previne Brazil Program implementation. This is a quantitative study with secondary data contemplating the 853 municipalities of Minas Gerais, with disaggregated analysis by health macro-regions. There was an increase in the registration of the population and a gradual improvement in the results of the indicators, although they are below the established targets. The Family Health and the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care teams were no longer funded by the Union, but some strategic programs were maintained and others were incorporated. Financing changes bring challenges to municipalities in complying rules and guaranteeing the receipt of federal transfers.

Keywords: Financing of Primary Health Care; Previne Brazil Program; Evaluation of public policies.

RESUMEN

El Programa Previne Brasil es un nuevo modelo de financiación de la Atención Primaria de Salud. El objetivo de este artículo es analizar los resultados alcanzados por los municipios del estado de Minas Gerais en términos de registro de población, indicadores de salud y adhesión a equipos, acciones y programas estratégicos antes y



después de la institución del Programa Previne Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo em con datos secundarios que cubren los 853 municipios de Minas Gerais, con análisis desagregada por macrorregiones de salud. Hubo un aumento en el registro de la población y una mejora gradual en los resultados de los indicadores, a pesar de no alcanzar las metas establecidas. Los equipos de Salud de la Familia y Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria ya no son financiados por la Unión, pero se mantuvieron algunos programas estratégicos y se incorporaron otros. Los cambios en el financiamiento traen desafíos a los municipios para cumplir con las reglas y garantizar el recibo de las transferencias federales.

Palabras clave: Financiamiento de la Atención Primaria de Salud; Programa Previne Brasil; Evaluación de políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecido em 1998, mediante a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa (PAB Fixo), calculada pelo número de habitantes de um município e outra variável (PAB Variável) para o desenvolvimento de ações e programas estratégicos (BRASIL, 1998). Em 2006, a organização do financiamento federal constituiu-se em seis blocos, sendo um deles o Bloco de Atenção Básica. Em 2017, houve mudanças nas normas de financiamento e de transferência de recursos com o estabelecimento de apenas dois blocos de financiamento. Ainda que houvesse manutenção do PAB, esse foi um marco para a inexistência de um bloco específico para a APS. Além disso, em 2016, houve aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que congelou os investimentos em saúde por 20 anos, impactando também no financiamento da APS. Nesse contexto, o cenário de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) poderá se transformar em desfinanciamento. A situação é preocupante principalmente em função do crescimento dos gastos em saúde decorrente da transição demográfica e epidemiológica, da constante incorporação tecnológica e de problemas estruturais do sistema de saúde, necessitando cada vez mais recursos para a manutenção e incorporação de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006; 2016; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; PADILHA et al., 2019).

A estagnação econômica brasileira e sua consequente restrição orçamentária impuseram a necessidade da alocação mais eficiente dos recursos de saúde. Assim, o Ministério da Saúde (MS) definiu, em 2019, novo modelo de financiamento para a Atenção Primária, denominado Programa Previne Brasil, composto inicialmente por Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas (BRASIL, 2019a; REIS et al., 2019). O Programa foi instituído pelo governo federal para todos os municípios brasileiros, porém a heterogeneidade do país exige um modelo de financiamento que considere as diferenças e vulnerabilidades existentes nos territórios, que podem influenciar sua implementação (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Alguns municípios podem ter dificuldades no cadastramento de toda a população e no cumprimento das metas dos indicadores, por questões estruturais e tecnológicas, por exemplo, agravando a situação de subfinanciamento público da saúde no país. Apesar de a Secretaria de Atenção Primária à Saúde prever que quase todos os municípios terão ganhos financeiros com o novo modelo, mediante cadastro de toda a população e alcance pleno das metas de indicadores, alguns estudos discutem que essa eficiência desejada pelo governo federal pode ser irreal dada a heterogeneidade das municipalidades brasileiras (MASSUDA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

O Programa Previne Brasil visa estruturar o modelo de financiamento para induzir o acesso aos serviços, a cobertura da APS e a melhoria da qualidade da assistência (BRASIL, 2021a). Por se tratar de um

Programa recente, existe uma lacuna no conhecimento sobre a sua implementação nos municípios, os resultados alcançados no cadastro, nos indicadores e na adesão às ações estratégicas, bem como o impacto das mudanças para o financiamento, que podem ser variáveis devido à heterogeneidade do país. Assim, a ciência sobre as mudanças provocadas pode produzir reflexões e avaliações daquilo que pode ser mantido ou alterado pelo MS.

O objetivo deste artigo é analisar os resultados alcançados pelos municípios do estado de Minas Gerais quanto ao cadastro da população, aos indicadores de saúde e à adesão a ações e programas estratégicos antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.

2 COMPONENTES DO PROGRAMA PREVINEM BRASIL E SUAS MUDANÇAS

O Programa Previne Brasil foi instituído em novembro de 2019, com início previsto para 2020 tendo uma regra de transição dos modelos de financiamento para adaptação dos municípios, evitando-se, assim, a perda de recursos. Nesse sentido, foi prevista a transferência até a competência financeira de abril de 2020 de 100% do incentivo financeiro da Capitação Ponderada e até a competência financeira de agosto de 2020 do Pagamento por Desempenho equivalente ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2019a; 2020a, 2020b). Contudo, em decorrência da pandemia causada pelo coronavírus (Covid-19), postergou-se o início da transição do financiamento da APS e publicaram-se portarias alterando os componentes do Programa e seu início de avaliação para financiamento (BRASIL, 2020a, 2020b, 2021b, 2021c, 2022). O início do financiamento segundo os critérios de Capitação Ponderada foi em setembro de 2021 e os repasses, conforme resultados dos indicadores de Pagamento por Desempenho, começou em janeiro de 2022 (BRASIL, 2021c, 2022).

Mendes, Melo e Carnut (2022) discutem as medidas excepcionais implementadas para a transição do modelo de financiamento e atenuação das possíveis perdas orçamentárias no contexto da Covid-19. Houve um excesso de portarias publicadas pelo MS, com mudanças nas regras do Programa Previne Brasil e com a prorrogação de seu início. Para os autores, esses processos intensificaram a burocracia, o operacionalismo e a improvisação na implementação do Programa. Em suma, a mudança do modelo de financiamento simula mais recursos financeiros, ao aplicar pesos para critérios de vulnerabilidade na Capitação Ponderada e recursos de transição, porém dificulta sua operacionalização ao estabelecer diversas regras para cada componente.

Para Massuda (2020), a modernização trazida por esse Programa, com adoção da capitação e da avaliação de desempenho com muitos critérios para o cálculo de transferências financeiras parece mais restringir do que qualificar os serviços, ao limitar a universalidade, amplia distorções no financiamento entre municípios e induz a focalização das ações na APS. Os tópicos a seguir conceituam, contextualizam e apresentam as evidências da literatura e as regras dos três componentes previstos desde a instituição do Programa Previne Brasil.

2.1 Capitação Ponderada

A Capitação Ponderada se refere ao pagamento por pessoa cadastrada em equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes da Atenção Primária (eAP), sendo aplicados pesos conforme o perfil demográfico da população e sua vulnerabilidade socioeconômica, considerando também a tipologia do município (urbano, intermediário

adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto). Dessa forma, a ponderação da capitação possibilita uma maior equidade na alocação de recursos (BRASIL, 2019a, 2021a).

Anteriormente à instituição do Programa Previne Brasil, o financiamento federal da APS contemplava valores *per capita* definidos com base na população de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – o PAB Fixo. Isso significa que o financiamento federal não considerava a população cadastrada em equipes, apresentando um componente universal. O valor fixo representava uma garantia para a organização da Atenção Primária dos municípios, com a continuidade da oferta de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1998; MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Uma das críticas que impulsionou a mudança do modelo de financiamento foi o elevado número de usuários não registrados nos sistemas de informação do MS, que pode estar relacionado à dificuldade no cadastramento da população, no registro em sistemas informacionais e na migração de dados para o MS. O cadastro pode aumentar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, contribuindo para o acompanhamento longitudinal e o planejamento de ações de saúde, porém não garante maior acesso e qualidade dos serviços prestados (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; SOARES et al., 2021).

2.2 Pagamento por Desempenho

O Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil considera os resultados alcançados pelas equipes em sete indicadores estabelecidos em 2019 (Quadro 1) e, posteriormente, alterados em 2022 (BRASIL, 2019b; 2022). Apesar das mudanças ocorridas em 2022 para alguns indicadores (BRASIL, 2022), neste trabalho foram considerados aqueles utilizados até 2021, devido às mudanças terem ocorrido após o período de coleta de dados. No modelo anterior, o financiamento federal da APS não incluía o cumprimento de metas relativas a indicadores. Com a mudança, os municípios brasileiros devem se organizar e monitorar os indicadores propostos pelo MS, para atingir a meta estabelecida.

Quadro 1 – Indicadores de pagamento por desempenho definidos para os anos de 2020 e 2021

Indicador	Meta
1- Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	60%
2- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%
3- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%
4- Cobertura de exame citopatológico	40%
5- Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente	95%
6- Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	50%
7- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50%

Fonte: BRASIL, 2019c, 2021a.

Ainda no modelo anterior, o PMAQ-AB era o método de pagamento por desempenho, porém esse era um recurso adicional somado ao PAB, que possibilitava investimentos em estruturas das unidades. O PMAQ-AB vigorou de 2011 a 2019 e trouxe para a Atenção Primária a cultura de avaliação, sendo considerado mundialmente como um dos maiores programas de pagamento por desempenho no âmbito da APS (BRASIL, 2015; MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; HARZHEIM, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

2.3 Incentivo para Ações Estratégicas

Para o componente de Incentivo para Ações Estratégicas, o MS considerou as especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas, as prioridades em saúde, os aspectos estruturais e a produção assistencial das equipes e unidades de saúde, mediante adesão a programas e ações estratégicas. A transferência do incentivo financeiro e as regras para cada ação são estabelecidas por meio de portarias específicas (BRASIL, 2019a).

O MS destaca três principais ações que não existiam à época do PAB Variável e que visam a qualificação da APS em seus atributos: o Programa Saúde na Hora (PSH), o Programa de Apoio à Informatização da APS e o Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional (HARZHEIM et al., 2020; BRASIL, 2021a).

3 METODOLOGIA

Este é um estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com base em dados secundários, obtidos de relatórios públicos do portal e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB) do Ministério da Saúde e dados do IBGE. A pesquisa foi realizada para os 853 municípios de Minas Gerais, com análise desagregada para as 14 macrorregiões de saúde do estado, sendo elas: Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Vale do Aço (MINAS GERAIS, 2020).

A coleta ocorreu no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, segundo o quadrimestre dos anos de 2018 a 2021, compreendendo o período anterior e posterior à instituição do Programa Previne Brasil. Neste trabalho, optou-se por apresentar os resultados referentes ao 3º quadrimestre de cada ano de análise (2018, 2019, 2020 e 2021), por dois motivos: no 3º quadrimestre de 2021, iniciou-se o pagamento da Capitação Ponderada, conforme cadastros reais da população; o 3º quadrimestre de 2021 serviu de referência para avaliar os resultados alcançados nos indicadores 1 e 2 de pré-natal para início do Pagamento por Desempenho em 2022. Os dados coletados foram armazenados em planilhas do *software* Microsoft Excel 365® para tratamento, codificação e análise.

O método de análise baseou-se na realização de estatística descritiva por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas e média aritmética, com informações organizadas em gráficos e mapas. Utilizou-se o *software* QGIS® para a construção dos mapas. Essa análise da distribuição espacial é importante devido à heterogeneidade socioeconômica e demográfica entre as regiões de Minas Gerais. Os indicadores foram

calculados de forma a identificar, por macrorregião de saúde, o percentual de municípios que não cumpriram as metas estabelecidas pelo Programa.

Para a Capitação Ponderada analisaram-se as informações referentes ao cadastro da população por ano, sendo: população total e percentual da população cadastrada em eSF e eAP, em relação à população estimada, por macrorregião de saúde; e percentual de cadastro atingido pelos municípios em relação ao potencial de cadastro. Para essa segunda análise foram utilizadas as faixas de potencial de cadastro estabelecidas pelo MS: < 40%, ≥ 40% e < 70%, ≥ 70% e < 100% e > 100%.

Analisaram-se os resultados referentes aos indicadores do Pagamento por Desempenho em cada ano de estudo, com análise do percentual de alcance atingido segundo faixas estabelecidas pelo MS. O indicador de cobertura vacinal por poliomielite inativada e pentavalente apresentou problemas na apuração pelo MS, não sendo, portanto, analisado neste artigo. Os resultados dos indicadores não foram calculados neste trabalho, tendo sido utilizados os resultados finais disponíveis no portal e-Gestor AB apurados pelo MS.

Por fim, analisaram-se as informações referentes às ações estratégicas aderidas pelos municípios, com cálculo realizado para cada ação, por ano e macrorregião de saúde.

Os dados do presente artigo representam parte da dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), intitulada "PROGRAMA PREVINE BRASIL: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais". Por se tratar de pesquisa com dados de domínio público, sem envolvimento de seres humanos, dispensou-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados foi dividida em três subseções: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas.

4.1 Capitação Ponderada

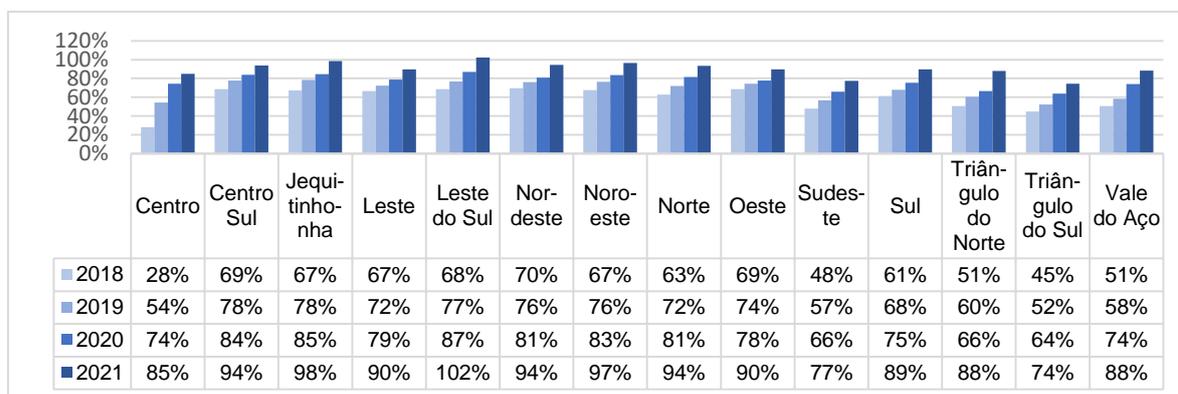
A análise dos dados absolutos de cadastro, referente ao componente de Capitação Ponderada, mostrou um aumento contínuo da população cadastrada em eSF e eAP de 2018 a 2021, em todas as 14 macrorregiões de Minas Gerais, chegando próximo ou até ultrapassando (no caso da Leste do Sul em 2021) a população estimada pelo IBGE.

A análise do percentual da população cadastrada antes (2018 e 2019) e após (2020 e 2021) a instituição do Programa Previne Brasil mostra um aumento importante em praticamente todas as macrorregiões de saúde (Gráfico 1). A macrorregião Centro teve o maior aumento percentual, saindo de 28% em 2018 para 85% em 2021. Vale ressaltar que esse aumento começa a ser observado para todas as macrorregiões em 2019. As macros Triângulo do Sul e Vale do Aço tiveram aumento mais expressivo logo após a instituição do Programa (entre 2019 e 2020). Nas demais macros, a variação na cobertura foi maior entre 2020 e 2021 quando a implementação do Programa já estava em curso.. Para verificar o motivo desses achados, seria necessário analisar uma série histórica maior, o que não foi possível neste estudo pela indisponibilidade de dados de cadastro em relatórios de acesso público. Apesar do DATASUS dispor de informações de cadastramento familiar com número de pessoas

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS RESULTADOS DOS COMPONENTES DO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM MINAS GERAIS

de 1998 a 2015, optou-se pela não utilização por se tratarem de fontes de dados e metodologias diferentes para estimativa da cobertura da população cadastrada. Além disso, essas informações não estavam disponíveis para os anos de 2016 e 2017, durante a coleta de dados.

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



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

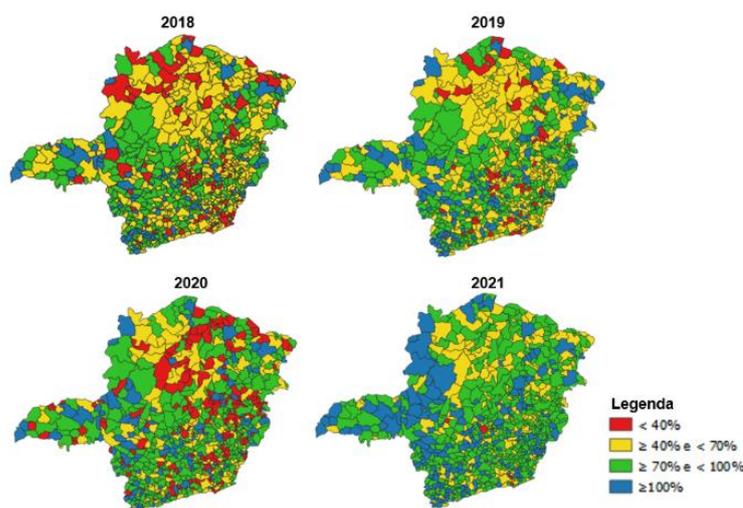
A análise do percentual de municípios por macrorregião de saúde, segundo faixas de cobertura da população cadastrada, mostra uma redução do percentual de municípios com cobertura inferior a 70%, e o concomitante aumento nas faixas acima de 70% em todas as macrorregiões, de 2018 a 2021. Anteriormente ao Programa Previne Brasil, havia um elevado percentual de municípios do estado de Minas Gerais que se encontrava nas faixas mais baixas de população cadastrada em relação ao potencial de cadastro. A Figura 1 apresenta a distribuição espacial dos municípios conforme as faixas de cobertura potencial de cadastro nos quatro anos analisados. Percebe-se a melhoria contínua da cobertura no período, sobretudo em 2021, em que apenas dois municípios estão classificados na faixa mais baixa de alcance do potencial de cadastro (< 40%). Em 2020, há ainda um percentual elevado de municípios na faixa de potencial de cadastro inferior a 40%. Nesse ano, 191 municípios (22%) não apresentavam eSF e eAP, estando concentrados nas macrorregiões Norte (18%), Leste (13%) e Sul (10%). O aumento da cobertura é verificado no 3º quadrimestre de 2021, em que todos os municípios passaram a apresentar pelo menos uma eSF. Observa-se um aumento expressivo da cobertura da população cadastrada em 99,9% dos municípios, sendo que, em 203 municípios (23,8%), esse acréscimo foi superior a 100%.

A adoção da capitação como critério para financiamento da APS, em substituição ao repasse universal *per capita*, reflete a incorporação do condicionante de cadastro para o repasse de recursos, podendo implicar redução dos repasses por baixa efetividade do cadastro (MASSUDA, 2020). O Programa Previne Brasil deixa de contemplar o princípio da universalidade, ao restringir o financiamento à população cadastrada pelos municípios e não ao total da população (SOARES et al., 2021). Contudo, com a incorporação de um quarto componente ao Programa (Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional) em 2022, que representa um valor fixo para toda a população dos municípios, o financiamento da APS volta a apresentar o princípio da universalidade.

O cadastramento e a atualização cadastral das famílias e indivíduos são atribuições da APS (BRASIL, 2017), todavia, considerando as múltiplas realidades brasileiras, a vinculação do pagamento ao cadastro pode

impactar na assistência aos usuários e trazer prejuízos para municípios com dificuldades no cadastramento da população. Tais dificuldades podem ocorrer devido à ausência de sistemas de informação, indisponibilidade de internet, precariedade estrutural de alguns locais, problemas na manutenção de equipes completas, entre outras. (MASSUDA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; SOARES et al., 2021). Cidades mais carentes podem apresentar dificuldades administrativas para o cadastro da população e essa atividade para municípios populosos pode ser complexa. Assim, a efetividade do cadastro pode variar substancialmente no país (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; LOPES et al., 2021). Apesar de poucos municípios de Minas Gerais não alcançarem o potencial de população cadastrada no 3º quadrimestre de 2021, a perda financeira para estes pode comprometer a assistência à saúde.

Figura 1 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de cobertura da população cadastrada em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

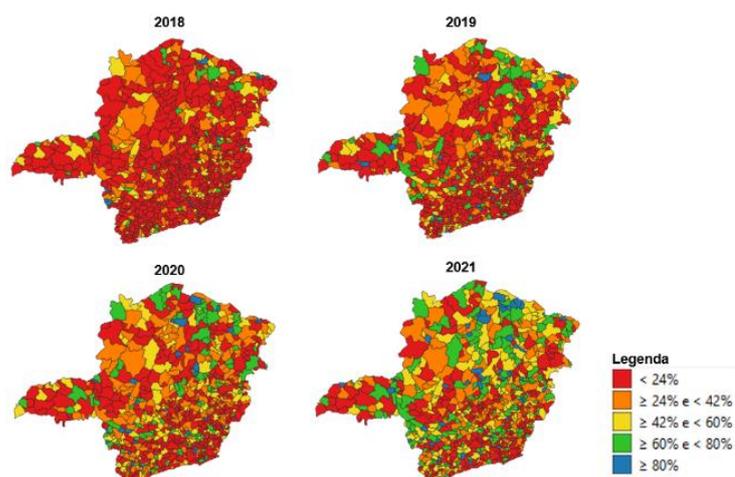
4.2 Pagamento por Desempenho

Em todas as macrorregiões de saúde houve melhoria na cobertura de consultas de pré-natal na APS (indicador 1), na cobertura de exames de sífilis e HIV em gestantes (indicador 2) e no cuidado da saúde bucal ofertado à gestante (indicador 3). Para esses três indicadores, houve um aumento no percentual de municípios nas faixas mais altas de cobertura (maior ou igual a 42%) e na proporção de municípios que alcançou a meta de 60%, com uma concomitante redução de municípios nas faixas mais baixas, sobretudo naquela inferior a 24%.

Apesar desses resultados positivos, observa-se que no último quadrimestre de 2021, apenas 228 municípios (26,7%) haviam cumprido a meta estabelecida para o indicador 1. Analisando as macrorregiões, Norte e Triângulo do Norte alcançaram em 2021 a maior proporção de municípios que cumpriram a meta nesse ano, 43% e 37% respectivamente. A Figura 2 apresenta a distribuição dos municípios segundo faixa de cobertura para o indicador de consultas de pré-natal no terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021. Para o indicador 2, em 2021, 267 municípios (31,3%) haviam cumprido a meta estabelecida, com maior percentual nas macros Noroeste (55%), Norte (49%) e Jequitinhonha (45%). Em relação ao indicador 3, em 2021, 278 municípios

(32,6%) alcançaram a meta, com percentual mais elevado nas macrorregiões Jequitinhonha (61%), Norte (60%) e Triângulo do Norte (44%). Observa-se que, para esses três indicadores de pré-natal, em 2021 há ainda uma grande concentração de municípios que não conseguiram atingir a meta estabelecida.

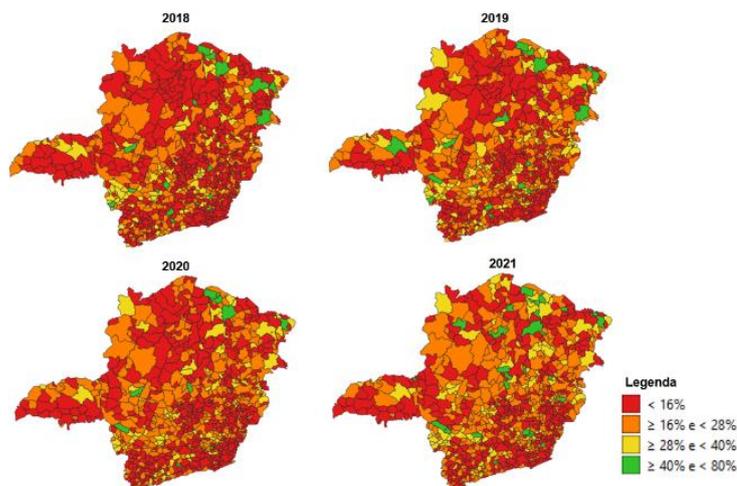
Figura 2 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais, de acordo com o resultado do indicador 1, segundo faixas de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

Com relação ao indicador de cobertura de exame citopatológico (indicador 4), em Minas Gerais, apenas 31 municípios (3,6%) cumpriram a meta em 2021. A melhoria na cobertura de exame citopatológico (Figura 3) ocorre de forma mais lenta do que a verificada para os indicadores de cuidado das gestantes. De forma geral, há uma redução no percentual de municípios cuja cobertura é inferior a 16% e um aumento nas faixas subsequentes, entre 16% e 28% ou entre 28% e 40%, dependendo da macrorregião analisada. A proporção de municípios que conseguiu alcançar a meta (40% ou mais) é muito baixa em todas as macrorregiões de saúde, sendo inclusive igual a 0% nas macros Triângulo do Sul e Vale do Aço nos quatro anos de análise. A macrorregião Triângulo do Sul destaca-se ainda por apresentar o percentual mais elevado de municípios (81%) com cobertura inferior a 16%.

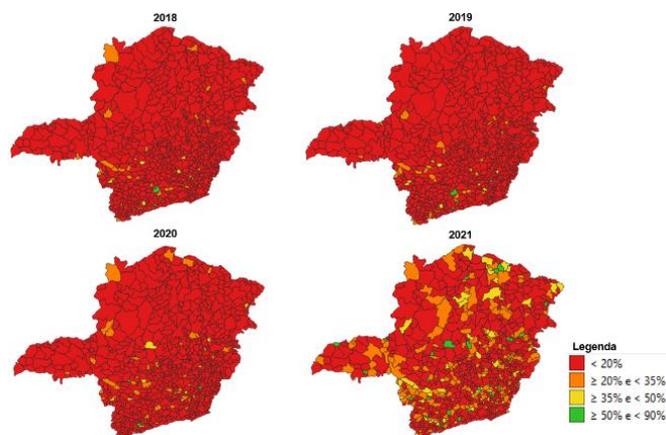
Figura 3 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais, de acordo com o resultado do indicador 4, segundo faixas de cobertura de exame citopatológico, em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

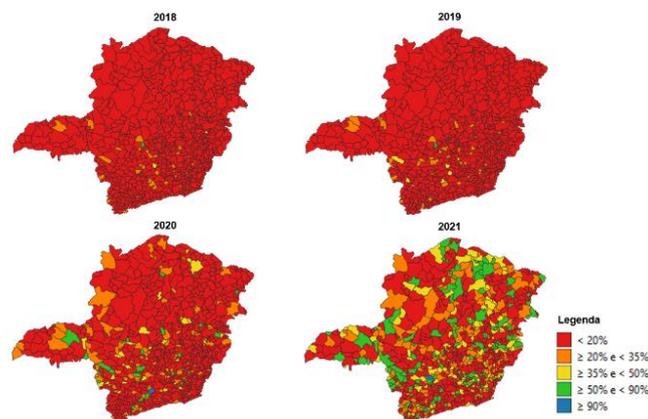
Resultados semelhantes foram encontrados para o indicador 6, de cuidado à hipertensão. Verifica-se elevado percentual de municípios com baixa cobertura do indicador em todas as macrorregiões de saúde (Figura 4). Houve uma melhora no período, sobretudo em 2021, com 28 municípios (3,3%) atingindo a meta e mais da metade dos municípios de todas as macros tinha menos de 20% de pacientes com pressão arterial aferida. As macros do Jequitinhonha, Noroeste e Oeste tiveram resultados ainda piores, com nenhum município atingindo a meta. Para o indicador 7, de cuidado da diabetes, o percentual de municípios alcançando a meta estabelecida também é muito baixo em todo o período analisado (Figura 5). Após a instituição do Programa inicia-se melhoria gradual, aumentando o percentual de municípios em cada macro que conseguiu cumprir a meta. Apesar dessa melhoria, observa-se ainda uma parcela expressiva de municípios (acima de 40% para todas as macrorregiões de saúde) cuja cobertura desse indicador é inferior a 20%. No último quadrimestre de 2021, somente 141 municípios (16,5%) cumpriram a meta, sendo que as macrorregiões Centro Sul, Leste, Norte e Sul foram aquelas que apresentaram os melhores resultados.

Figura 4 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais, de acordo com o resultado do indicador 6, segundo faixas de percentual de pessoas com hipertensão que tiveram pressão arterial aferida em cada semestre, em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

Figura 5 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais, de acordo com o resultado do indicador 7, segundo faixas de percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada, em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

No conjunto da análise dos seis indicadores, caso o pagamento conforme o desempenho tivesse sido efetivamente implementado, grande parte dos municípios poderiam ter tido um impacto negativo expressivo do ponto de vista do financiamento da APS, referente ao componente de Pagamento por Desempenho. A perda de financiamento pode acarretar redução na capacidade de atendimento, com dificuldade ainda maior em alcançar as metas dos indicadores como consequência. Verificou-se que ainda no último quadrimestre de 2021, nenhum município de Minas Gerais conseguiu atingir a meta para os seis indicadores.

Os resultados encontrados podem ser justificados por problemas de registro, pela falta de insumos e pelas próprias regras do Programa, o que não implica, necessariamente, em uma desassistência da população. Contudo, esses apontamentos reforçam a fragilidade de se condicionar o financiamento ao resultado de indicadores. Diversos estudos identificam que a falta de qualificação ou padronização das informações, a inadequação ou o sub-registro são limitações ao analisarem a situação de saúde da população e os resultados das

intervenções realizadas em usuários com condições crônicas (RABETTI; FREITAS, 2011; TOMASI et al., 2017; ANDRADE et al., 2019; LOPES; MONTEIRO; SANTOS, 2020). Adicionalmente, a incorporação de indicadores com inúmeras regras consideradas para financiamento, impõe mudanças de processos que precisam de tempo para ser incorporadas pelos envolvidos. Um estudo mostrou que essa foi uma das limitações da implantação do Laboratório de Inovação à Atenção às Condições Crônicas, que envolviam a incorporação de várias ferramentas na gestão do cuidado em saúde, com introdução de mudanças de processos de trabalho. Essas alterações necessitavam de tempo para serem incorporadas (ANDRADE et al., 2016).

A falta de insumos e a deficiência de estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização de exames são verificadas em alguns artigos e pode explicar, em parte, os baixos resultados encontrados neste trabalho (TOMASI et al., 2017; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). Por fim, cabe considerar que a pandemia de Covid-19 pode também ter influenciado os resultados alcançados pelos municípios em 2020 e 2021, devido a uma menor procura dos usuários pelos serviços para questões crônicas não respiratórias, dada a recomendação de isolamento social e de redução da circulação de pessoas (BRASIL, 2020a, b; CAMPOS et al., 2020; PALOSKI et al., 2020; SILVA et al., 2021).

4.3 Incentivo para Ações Estratégicas

Algumas equipes que eram financiadas pelo PAB Variável deixaram de receber recursos financeiros com a instituição do Programa Previne Brasil, contudo, outras ações e programas foram criados e algumas ações estratégicas tiveram alteração de nome, apesar de abranger o mesmo escopo de atuação. Foram considerados como programas financiados, aqueles que constavam nos relatórios de pagamento do e-Gestor AB. Dentre as ações definidas pelo MS, três não tiveram adesão de municípios de Minas Gerais: equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipes microscopistas. A não adesão a essas ações se justifica pelo perfil territorial do estado e por Minas não possuir áreas endêmicas de malária, doença de Chagas e filariose.

Nos parágrafos a seguir, são relacionadas as ações que tiveram adesão pelos municípios de Minas Gerais, com destaque para as equipes que deixaram de ser custeadas pelo governo federal e para os programas que foram instituídos a partir de 2019.

As equipes, ações e programas custeados pelo PAB Variável com adesão por municípios de Minas Gerais e que permaneceram com financiamento federal pelo Programa Previne Brasil são: Programa Academia da Saúde (PAS), equipe Consultório de Rua (eCR), equipe de Saúde Bucal (eSB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Unidade Odontológica Móvel (UOM), equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo e Programa Saúde na Hora. O Programa Saúde na Hora foi instituído em maio de 2019, fazendo parte do PAB Variável naquele ano e sendo incorporado ao Programa Previne Brasil nos anos posteriores. Em 2019, a adesão foi por apenas 10 municípios (1,2%), chegando a 78 (9,1%) em 2021. À exceção da Noroeste, todas as macrorregiões tiveram aumento gradual do percentual de municípios aderidos, com maior percentual nas macros Vale do Aço (25,7%) e Jequitinhonha (19,4%). O PSH parece ser promissor para a melhoria do acesso (um dos atributos mais frágeis da APS) e da qualidade dos serviços ofertados (ALMEIDA; PEREIRA, 2020; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Contudo, a adesão em Minas Gerais foi baixa, sendo necessários estudos que avaliem os motivos.

As ações e programas custeados pelo Programa Previne Brasil e que não constavam em relatórios de financiamento pelo PAB Variável são: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Programa Saúde na Escola (PSE), Programa de Apoio à Informatização da APS e Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional. Apesar de não constarem no financiamento da APS, o CEO, LRPD e PSE foram implementados anteriormente ao Programa Previne Brasil.

O Programa de Apoio à Informatização da APS, chegando a 661 e 699 municípios em 2020 e 2021, respectivamente. A adesão foi ainda maior nas macrorregiões Triângulo do Norte (96,3%), Oeste (92,5%) e Centro Sul (90,2%). A informatização da APS é importante para o planejamento e monitoramento de ações, automatização dos processos, qualificação da gestão da informação e da gestão clínica, caracterização do perfil epidemiológico da população e auxílio na coordenação do cuidado pela APS, aperfeiçoando processos de trabalho e práticas de cuidado (CAVALCANTI et al., 2018; LOPES; MONTEIRO; SANTOS, 2020; CALISTRO et al., 2021). Contudo, o fato do município estar informatizado não garante qualidade dos registros e migração de dados de sistemas municipais para sistemas federais, sendo importante que os municípios qualifiquem seus dados e capacitem os profissionais para registros adequados, que impactam nos resultados dos indicadores de Pagamento por Desempenho.

O incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional teve a adesão de somente 9 e 17 municípios do estado em 2020 e 2021, respectivamente. Esse recurso visa fortalecer a formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade e Multiprofissional em Odontologia. O credenciamento dos municípios depende de recursos orçamentários da União, o que pode explicar, em parte, a baixa adesão, necessitando mais estudos para essa investigação (HARZHEIM, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

As equipes custeadas pelo PAB Variável e que deixaram de ser financiadas com a instituição do Programa Previne Brasil são: eSF, eAP e NASF-AB. Em Minas Gerais, observou-se, em 2018 e 2019, adesão de 99,9% dos municípios às eSF. Em 2020, a descontinuidade do financiamento federal impactou de forma negativa no número dessas equipes cadastradas. Nesse ano, 192 (22,5%) municípios deixaram de apresentar eSF credenciadas e/ou homologadas pelo MS. Em 2021, devido ao componente da Capitação Ponderada, esse quadro se reverteu, e todos os municípios passaram a apresentar novamente eSF credenciadas. A adesão às eAP, por sua vez, mostrou-se baixa em todo o estado, mas, em 2021, todas as macrorregiões apresentaram pelo menos um município com eAP, totalizando 104 municípios (12,2%) no estado. A ESF mostra-se efetiva e resolutiva para o cuidado da população, além de influenciar a redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária (MACINKO; MENDONÇA, 2018; VIACAVA et al., 2018). Costa (2016) destaca que os incentivos financeiros federais para as eSF eram insuficientes para o custeio dos profissionais, necessitando de uma contrapartida majoritária dos municípios, o que pode ter representado uma inibição de sua expansão (COSTA, 2016). Mediante ausência de um financiamento federal específico para essas equipes, aumenta-se o gasto dos municípios para a manutenção das eSF.

Em todas as macrorregiões de saúde, a adesão ao NASF-AB foi acima de 60%, mantendo-se estável na maioria das macros em 2018 e 2019. Destaca-se maior adesão na Leste (100%), seguida da Norte (99%), Nordeste (98%), Vale do Aço (97%) e Triângulo do Norte (93%). Para os anos de 2020 e 2021, não foi possível realizar essa análise, pois as informações sobre as equipes do NASF-AB não estavam disponíveis em relatórios públicos do MS. Apesar da suspensão de financiamento destinado às eSF e eAP, os componentes de Capitação Ponderada

e Pagamento por Desempenho preveem que o cadastro dos usuários esteja vinculado a essas equipes e que os resultados dos indicadores sejam apurados conforme alcance por essas equipes. No caso das equipes multiprofissionais, não há uma correlação direta a outros componentes do Programa Previne Brasil. Dessa forma, a perda do custeio federal para essas equipes pode ter impactado na redução das equipes NASF-AB, comprometendo a abrangência, integralidade e resolutividade da APS (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020)

5 CONCLUSÃO

A mudança do modelo de financiamento pode causar inseguranças e desafios à gestão municipal, principalmente em um cenário de estagnação econômica do país e subfinanciamento da saúde, em que se torna necessário o cadastramento de toda a população e o alcance de metas dos indicadores para o recebimento dos recursos.

O Programa Previne Brasil ainda está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde e vem apresentando várias mudanças desde a sua instituição, que qualificaram o modelo seguindo os princípios do SUS e contribuíram para a garantia do financiamento federal da APS para os municípios. Mediante incorporação da Capitação Ponderada, houve aumento importante do cadastro da população em praticamente todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais. Com relação aos indicadores de Pagamento por Desempenho, houve uma melhoria gradual ao longo do período analisado, apesar de todos os indicadores apresentarem resultados muito abaixo das metas estabelecidas. Não obstante os indicadores serem coerentes ao escopo de ações da APS, eles têm se mostrado frágeis para serem utilizados como condicionante de pagamento. A substituição do PAB Variável pelo Incentivo para Ações Estratégicas mostrou que as eSF, eAP e NASF-AB deixaram de ser custeadas pelo governo federal, algumas ações, programas e estratégias foram mantidas, tais como eCR, eSB, UOM, eABP, custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo, ACS, PAS e PSH, e outras incorporadas, tais como CEO, LRPD, PSE, Programa de Apoio à Informatização da APS e Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional.

A presente pesquisa apresenta como limitações: a disponibilidade de dados somente a partir de 2018; os resultados já calculados dos indicadores nos relatórios públicos, não permitindo análises mais aprofundadas e possibilidade de análise por outros métodos de cálculo validados; o fato de que a implementação de mudanças leva um tempo para ser incorporada, dificultando demonstrar resultados mais significativos para a análise de um programa recente. Por se tratar do primeiro estudo, que apresenta uma descrição dos resultados de indicadores dos três componentes do Programa Previne Brasil, desagregando a análise por macrorregiões de saúde de Minas Gerais, este estudo pode subsidiar novas pesquisas, envolvendo outros municípios, acerca do novo modelo de financiamento da APS e do impacto das mudanças nos recursos financeiros recebidos.

Artigo submetido para avaliação em 30/11/2022 e aceito para publicação em 08/03/2023

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; PEREIRA, F. W. A. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. **APS em Revista**, v. 2, n. 3, p. 240-244, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/147/76>. Acesso em: 02 mar. 2023.

ANDRADE, M. V. et al. The Evaluation of the LAB of Chronic Conditions Care (LIACC) in the Municipality of Santo Antônio do Monte, Brazil. **VII Seminário de Economia Mineira**, Diamantina, 2016. Disponível em: <https://geesc.cedeplar.ufmg.br/the-evaluation-of-the-lab-of-chronic-conditions-care-liacc-in-the-municipality-of-santo-antonio-do-monte-brazil/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

ANDRADE, M. V. et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, e0104, p. 1-21, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/49VLVL4QXF8f6QYjJ9p6yMB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Previne Brasil**: manual do financiamento da Atenção Primária à Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 56 p. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 29 jan. 2021b. Edição 20, Seção 1, p. 93. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-166-de-27-de-janeiro-de-2021-301402329>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 169, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 31 jan. 2020a. Edição 22-B, Seção 1, p. 7. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-169-de-31-de-janeiro-de-2020-240912927>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria nº 173, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 31 jan. 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-173-de-31-de-janeiro-de-2020-240912938>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 fev. 2020c. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019. Dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, DF, 17 mai. 2019b. Edição 94, Seção 1, p. 122. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 985, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 18 mai. 2021c. Edição 92, Seção 1, p. 124. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-985-de-17-de-maio-de-2021-320349580>> Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 14 jul. 2020e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 set. 2017. Edição 183, Seção 1, p. 68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 2019a. Edição 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 10 dez. 2019c. Edição 239, Seção 1, p. 172. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 1998. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html. Acesso em: 02 mar. 2023.

CALISTRO, M. O. et al. Territorialization using georeferencing and stratification of the social vulnerability of families in Primary Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2141-2148, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z5cJ6HN8kzbYMstfHGd7PxD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CAMPOS, M. R. et al. Burden of disease from COVID-19 and its acute and chronic complications: reflections on measurement (DALYs) and prospects for the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, e00148920, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bHbdPzJBQxfkwKWYnhccNH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CAVALCANTI, R. B. et al. Informatização da Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, e54297, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54297/pdf>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018. 40 p. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3540>. Acesso em: 02 mar. 2023.

COSTA, N. R. The Family Health Strategy: primary health care and the challenge of Brazilian metropolises. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KJ79DbSz86MrZtZsXmWmmTc/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Previne Brasil Program: the apex of threats to Primary Health Care? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzsfhTgn9zjrhC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases of the Primary Health Care Reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPTJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

LOPES, F. R. L.; MONTEIRO, K. S.; SANTOS, S. How data provided by the Brazilian information system of primary care have been used by researchers. **Health Informatics Journal**, v. 26, n. 3, p. 1617–1630, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1460458219882273>. Acesso em: 02 mar. 2023.

LOPES, S. P. A. et al. Evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: Um estudo descritivo. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 20, n. 71, p. 263-73, 2022. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/8388/3704. Acesso em: 12 fev. 2023.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 111-126, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zHzj6yt4vdjwNCJWfqBrXzK/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, suppl. 2, p. 4-11, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314199810_Brazil's_National_Program_for_Improving_Primary_Care_Access_and_Quality_PMAQ_Fulfilling_the_Potential_of_the_World's_Largest_Payment_for_Performance_System_in_Primary_Care. Acesso em: 02 mar. 2023.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

MASSUDA, Adriano. Primary health care financing changes in the Brazilian Health System: advance ou setback? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXdtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvrBmBzh4CJXdXBjDh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, e00164621, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHSQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

PADILHA, A. et al. Crisis in Brazil and impacts on the fragile regional and federative health policy governance. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4509-4518, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T3JpwPgbLb7CtQbN9z9Y7Yh/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

PALOSKI, G. R. et al. Telehealth contributions to fighting COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bvYwTYJg5yBxJSG9TzKDKLL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fMVWhNCyyc8JXrW5rcqN4xM/?format=pdf>. Acesso em: 02 mar. 2023.

REIS, J. G. et al. Creation of the Primary Health Care Secretariat and its implications for SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WzjzWZQgNVNBZRvpX55LZbn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SILVA, R. S. et al. The Role of Telehealth in the Covid-19 Pandemic: A Brazilian Experience. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2149-2157, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GZ4MV5Ffzn9m96Bj7zxc7Nh/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SOARES, C. S. et al. Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. **RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 18, n. 2, 2021. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6827>. Acesso em: 02 mar. 2023.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkxbmhTTFJsNm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

VIACAVA, F. et al. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 mar. 2023.