



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JÚLIO CÉSAR RABÉLO ALVES

**EFEITOS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO FINANCIAMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA - BAHIA

2024

JÚLIO CÉSAR RABÉLO ALVES**EFEITOS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO FINANCIAMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Clara Aleida Prada Sanabria.

Coorientador: Prof. Dr. Emerson Gomes Garcia.

FEIRA DE SANTANA - BAHIA

2024

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

A477e

Alves, Júlio César Rabêlo

Efeitos do Programa Previne Brasil no financiamento da Atenção Primária à Saúde na Bahia / Júlio César Rabêlo Alves. – 2024.

83 f.: il.

Orientadora: Clara Aleida Prada Sanabria.

Coorientado: Emerson Gomes Garcia.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2024.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência à saúde - Financiamento.
3. Política de saúde. I. Sanabria, Clara Aleida Prada, orient. II. Garcia, Emerson Gomes, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana.
IV. Título.

CDU 614.39(814.22)

JÚLIO CÉSAR RABÊLO ALVES

EFEITOS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO FINANCIAMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br CLARA ALEIDA PRADA SANABRIA
Data: 22/03/2024 15:32:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Clara Aleida Prada Sanabria (Presidente)

Orientadora – UEFS

Documento assinado digitalmente
gov.br MARILIA CRISTINA PRADO LOUVISON
Data: 22/03/2024 10:58:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Marília Cristina Prado Louvison
Faculdade de Saúde Pública da USP

Documento assinado digitalmente
gov.br CATHARINA LEITE MATOS SOARES
Data: 22/03/2024 08:16:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Catharina Leite Matos Soares
ISC – UFBA

Documento assinado digitalmente
gov.br TATIANE DE OLIVEIRA SILVA ALENCAR
Data: 23/03/2024 14:30:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Tatiane de Oliveira Silva Alencar (Suplente)

UEFS

FEIRA DE SANTANA - BAHIA

2024

APRESENTAÇÃO

Sou bacharel em enfermagem formado no final de 2019, mas desde o início de 2015, quando ingressei na faculdade, já sabia que queria percorrer o rumo da saúde pública. Por isso, tracei a minha graduação por objetivos que me permitissem um bom conhecimento na área. Assim, tive a oportunidade de ser aprovado e ingressar na Residência Multiprofissional de Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), foi lá que tive o primeiro contato com o Programa Previne Brasil.

Esta experiência me fez amadurecer profissionalmente muito mais cedo e despertou em mim a aptidão ainda maior pela Atenção Básica, que foi o fôlego do SUS em meio aos imensos desafios enfrentados durante a pandemia. Em seguida, conclui o Curso de Especialização de Gestão em Saúde pela UEFS, e nesta mesma Universidade adentrei no Mestrado Acadêmico e já estou aprovado para cursar o Doutorado em Saúde Coletiva.

Nessa minha trajetória pude ampliar a troca de experiências com outros pesquisadores, em defesa do SUS, e também expandir o conhecimento da tríade que compõe a Saúde Coletiva: as ciências sociais, a epidemiologia e a gestão. Assim, atuo com uma capacidade argumentativa favorecendo a equidade, a universalidade da saúde brasileira e a integralidade da assistência, ocupando espaços de debates em prol de um SUS mais fortalecido.

Boa leitura para todos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades e proteção. A minha mãe, Márcia, e ao meu pai, Duda, serei eternamente grato, eles que nunca mediram esforços para os meus objetivos. A minha irmã, Bruna, agradeço pela cumplicidade de sempre. Aos meus familiares, em especial Ró, Dinda e Creu, sou grato pelos incentivos. A minha namorada, Giulia, pelo apoio. Por fim, em nome da minha orientadora Clara, refenco todos os professores pela paciência, dedicação e o compartilhamento do conhecimento.

Ademais, agradeço a CAPES e a FAPESB pelo incentivo financeiro na realização desta pesquisa.

RESUMO

O Programa Previne Brasil foi criado como um novo modelo de financiamento da Atenção Básica. É um método misto que envolve a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para as ações estratégicas. Este estudo tem o objetivo de analisar os efeitos do Programa Previne Brasil no financiamento da Atenção Primária à Saúde dos municípios do estado da Bahia. Trata-se de um estudo de caso com uma abordagem mista, qualitativa-quantitativa, dividida em duas etapas: a) análise das variações dos repasses financeiros para a Atenção Primária à Saúde, em municípios selecionados da Bahia, entre 2017 e 2022; e b) identificação dos desafios impostos pela implementação do Programa Previne Brasil reconhecidos pelos Secretários Municipais de Saúde dos municípios baianos. Os resultados evidenciaram que o Programa Previne Brasil surgiu com uma difícil operacionalização, demandando que fossem publicadas portarias de flexibilizações para amenizar seus efeitos negativos. Outrossim, no primeiro ano da sua implementação as cidades tiveram perdas de recursos, mas no final do período estudado os valores repassados cresceram. Na Bahia, os municípios com menor população conseguiram melhores resultados nos indicadores de desempenho, mas este fato não foi determinante para a maior arrecadação financeira. Por outra parte, as cidades que aumentaram a cobertura da Estratégia de Saúde da Família ampliaram seus orçamentos. Os Secretários de Saúde relataram dificuldades na implementação do Previne Brasil associadas à duplicidade nos cadastros dos usuários, à ausência da informatização e à baixa qualidade dos registros nos prontuários. Assim, as revisões dos cadastros, a expansão das coberturas assistenciais, a capacitação dos profissionais e os investimentos em tecnologias foram algumas das estratégias de superação adotadas pelos gestores municipais. Em suma, o Previne Brasil facilitou o monitoramento das ações da Atenção Básica e estimulou a melhoria dos registros nos prontuários. Ademais, houve aumento no repasse financeiro para a maioria dos municípios baianos, porém ainda persistem os problemas estruturais causados pelo subfinanciamento histórico da Atenção Primária à Saúde. Portanto, é necessário rever o Programa de financiamento da Atenção Básica e aumentar sua proporção de recursos em relação à média e alta complexidade.

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

The Previne Brasil Program was created as a new financing model for Primary Care. It is a mixed method that involves weighted funding, payment for performance and incentives for strategic actions. This study aims to analyze the effects of the Previne Brasil Program on financing Primary Health Care in municipalities in the state of Bahia. This is a case study with a mixed, qualitative-quantitative approach, divided into two stages: a) analysis of variations in financial transfers for Primary Health Care, in selected municipalities in Bahia, between 2017 and 2022; and b) identification of the challenges imposed by the implementation of the Previne Brasil Program recognized by the Municipal Health Secretaries of the municipalities in Bahia. The results showed that the Previne Brasil Program emerged with difficult operationalization, requiring the publication of flexible ordinances to mitigate its negative effects. Furthermore, in the first year of its implementation the cities suffered losses of resources, but at the end of the studied period the amounts transferred increased. In Bahia, municipalities with a smaller population achieved better results in performance indicators, but this fact was not decisive for greater financial collection. On the other hand, cities that increased coverage of the Family Health Strategy increased their budgets. The Health Secretaries reported difficulties in implementing Previne Brasil associated with duplication in user records, the lack of computerization and the low quality of records in medical records. Thus, reviewing records, expanding assistance coverage, training professionals and investing in technology were some of the overcoming strategies adopted by municipal managers. In short, Previne Brasil facilitated the monitoring of Primary Care actions and encouraged the improvement of records in medical records. Furthermore, there was an increase in financial transfers to most municipalities in Bahia, but the structural problems caused by the historical underfunding of Primary Health Care still persist. Therefore, it is necessary to review the Basic Care financing program and increase its proportion of resources in relation to medium and high complexity.

Key words: Healthcare Financing; Primary Health Care; Quality Indicators, Health Care; Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAMAB	Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS-BA	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DITRIAC	Desenho de Triangulação Concomitante
DM	Diabetes Mellitus
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistémica
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISF	Indicador Sintético Final
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária

MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRS	Núcleos Regionais de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Pisa da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPB	Programa Previne Brasil
PSE	Programa Saúde na Escola
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
REDCap	Research Electronic Data Capture
SB	Saúde Bucal
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIS	Sistema de Informação da Saúde
SISAB	Sistema de Informação e Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Matriz de análise metodológica.....	20
QUADRO 2 – Legislação federal relacionada ao financiamento da APS.....	38
QUADRO 3 – Matriz de análise dos indicadores da Atenção Básica, segundo PMAQ-AB e PPB	46

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Municípios com as três melhores ou as três piores médias do ISF, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre 2020 e 2022.....	22
TABELA 2 – Repasses financeiros para a APS dos municípios selecionados, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre os anos 2017-2022.....	22
TABELA 3 – Indicadores de desempenho do PPB no estado da Bahia, Q3 de 2022 e Q1 de 2023.....	26
TABELA 4 – Municípios com as três piores médias do ISF, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre 2020 e 2022.....	48
TABELA 5 – Municípios com as três melhores médias do ISF, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre 2020 e 2022.....	49
TABELA 6 – Repasses financeiros para a APS dos municípios selecionados, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre os anos 2017-2022.....	51
TABELA 7 – Quantidade de Secretários Municipais de Saúde, participantes da pesquisa, por NRS da Bahia.....	57
TABELA 8 – Perfis dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia participantes da pesquisa.....	58
TABELA 9 – Grau de interferências das dificuldades para implementação do Programa Previne Brasil, segundo Secretários Municipais de Saúde da Bahia.....	60

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Sequência numérica dos acessos até o preenchimento completo do formulário eletrônico pelos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia.....23

FIGURA 2 – Componentes do Programa Previne Brasil.....44

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Despesas com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB, por setor institucional (%) no Brasil, 2010-2019.....	37
GRÁFICO 2 – Variações financeiras da APS dos municípios selecionados por NRS da Bahia, entre os anos 2017-2022.....	55
GRÁFICO 3 – Percepção da variação dos recursos financeiros para a Atenção Básica a partir do Programa Previne Brasil, segundo os Secretários Municipais de Saúde da Bahia.....	61

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Justificativa.....	18
2.	OBJETIVOS	19
2.1	Geral	19
2.2	Específicos	19
3.	METODOLOGIA.....	20
3.1	A Bahia.....	25
3.2	Comitê de ética.....	28
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
4.1	Políticas públicas de saúde	29
4.2	Atenção Primária à Saúde	30
4.3	Financiamento do SUS.....	33
4.3.1	Histórico do financiamento do SUS e da APS	36
4.4	A avaliação de desempenho na APS	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	As variações dos repasses financeiros na APS.....	48
5.2	Os desafios e os avanços a partir do PPB na opinião dos Secretários Municipais de Saúde.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES	80
	Apêndice A - Questionário para os Secretários de Saúde dos Municípios do Estado da Bahia.	80
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia.	82
	Apêndice C - Declaração de participação na Assembleia do mês de novembro do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia.	83

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é, segundo Starfield (2002), a principal porta de entrada no Sistema de Saúde e tem a capacidade de resolver a maior parte das necessidades e problemas de saúde, principalmente os mais comuns. Este nível de atenção inclui ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação para melhorar a saúde e o bem-estar da população. É na APS que o primeiro contato deve ser estabelecido entre o sistema de saúde e o paciente, com o propósito de uma assistência longitudinal, integral e que garanta a coordenação do cuidado em saúde.

Assim, no Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental ter uma Atenção Básica (AB) forte. Entretanto, essa consolidação vem caminhando a passos lentos, visto que, mesmo a saúde no Brasil sendo um direito constitucional, o SUS não tem uma fonte orçamentária suficiente para garantir os serviços que respondam às necessidades de saúde da população. Desta forma, o subfinanciamento da saúde pública brasileira é um problema crônico, sobretudo, na priorização e alocação de recursos para a Atenção Primária à Saúde, gerando uma série de embates e debates, o mais recente causado pelo Programa Previne Brasil (PPB).

A Portaria 2.979 (Brasil, 2019b) criou o PPB que modificou o financiamento da APS, constituindo um modelo misto que inclui: 1) captação ponderada; 2) pagamento por desempenho; e, 3) incentivo para as ações estratégicas. Antes da sua implementação, o cálculo era baseado pelo Piso da Atenção Básica (PAB) que vigorou desde a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, com repasses de recursos federais fixos, *per capita*, e variáveis que estimulavam programas recomendados pelo Ministério da Saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) que passou a se fortalecer desde então (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

O PAB variável era relativo ao desempenho e estava atrelado ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) desde 2011 (Brasil, 2015b). Já com o Previne Brasil, por meio do componente de pagamento por desempenho como um dos fatores determinantes para o financiamento da APS, passaram a vigorar 7 (sete) indicadores. O orçamento depende também do incentivo para as ações estratégicas, como: a implementação do Programa Saúde na Hora, Consultório na Rua, Saúde na Escola e Academia da Saúde, por exemplo (Brasil, 2019b).

Devido a essa mudança, Soares et al. (2021) demonstram uma preocupação de como a APS passou a ser avaliada, visto que o pagamento por desempenho se fundamenta em

indicadores, essencialmente, quantitativos, diferente do PMAQ-AB que dispunha de uma avaliação também qualitativa. Essas medidas de reformulação do cálculo do financiamento da Atenção Primária foram iniciadas antes do Previne Brasil, já em 2017, com a Portaria nº 2.436 que instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual houve um processo de reestruturação que abrangeu diretrizes, formas de organização dos serviços, composição de equipes e processo de trabalho (Brasil, 2017c; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Todavia, o novo programa de financiamento surgiu com o discurso de alcançar os mais vulneráveis e garantir a custo-efetividade na AB. Nesse sentido, Harzheim et al. (2020) argumentaram que as pessoas que utilizavam o benefício do Programa Bolsa Família encontravam-se não cadastradas nas Unidades de Saúde da Família, demandando priorizá-las, respeitando o princípio da equidade. Neste sentido, Harzheim et al. (2022) expõem que o foco é colocar as pessoas no centro do sistema, por meio de cadastros qualificados, com repasses financeiros aos municípios para a informatização das unidades, favorecendo o processo de busca ativa e o monitoramento de pacientes com doenças crônicas, por exemplo.

Assim, Harzheim et al. (2022) afirmam que houve aumento no cadastro no banco de dados da APS, de 98,2 milhões de pessoas no 2º quadrimestre de 2019, antes da inserção do programa, para 152,8 milhões de pessoas devidamente cadastradas, sem duplicação, no 2º quadrimestre de 2022. Ou seja, um aumento de 55% no período de 02 anos, desde o seu lançamento. Os resultados nos avanços dos cadastros favorecem o alcance de maior presença no primeiro contato com o usuário, mas não podem ser considerados sinônimo de acesso e cuidado (Melo et al., 2019).

Como sugestão para melhorar o preenchimento dos dados cadastrais, Carlstron (2020) cita a necessidade das reuniões de equipe, com todos os funcionários de uma USF, para expor a importância da qualificação nos Sistemas de Informação da Saúde (SIS). Esta ação irá ajudar na inserção das produções de maneira efetiva e não apenas como uma cobrança de resultados. Entretanto, em meio a este novo financiamento da Atenção Primária surgiu a pandemia da COVID-19 e sua implementação, no ano de 2020, foi caracterizada por uma série de medidas de flexibilização. Assim, ficou estabelecida uma metodologia de cálculo para identificar quais municípios teriam prejuízos, manutenção ou ganho em comparação aos recebimentos de 2019 (Mendes; Melo; Carnut, 2022). Pensando nisso, Servo et. al. (2020) projetam que o período pós-pandêmico, com uma forte recessão econômica, aumentará as restrições na atuação dos estados e municípios no financiamento do SUS, já que as principais fontes de receitas tributárias estão concentradas na União.

Logo, o Programa Previne Brasil dispõe de muitas críticas. Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021), relatam que este novo modelo desconsidera os problemas gerenciais na manutenção das equipes, na precariedade da estrutura física das unidades e nas perdas dos registros em transição de tecnologias, como na implementação do sistema e-SUS. Outrossim, Soares et al. (2021) afirmam que a extinção do PAB fixo, em uma época de crise econômica e subfinanciamento do SUS, dificulta o planejamento em saúde.

Nesse sentido, Mendes, Carnut e Guerra (2022) relatam que o pagamento por desempenho intensificará a priorização da quantidade de atendimentos e induzirá um comportamento individualista dos profissionais para o alcance de suas metas, impelidos por uma rotina exaustiva. Este fato não representa a melhoria da qualidade nos serviços ofertados, pelo contrário, pode induzir erros, descharacterizar as relações afetivas e a educação em saúde. Esta prática gera uma postura profissional produtivista e pouco empática, que poderá acarretar em um descontentamento da comunidade (Mendes; Carnut; Guerra, 2022). Assim, Melo et al. (2019) mencionam que o Previne Brasil não favorece as ações comunitárias, que são cruciais para a promoção da saúde e representam um dos fundamentos da APS.

Além disso, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) afirmam que esse Programa traz mudanças radicais com o fim do financiamento universal da atenção básica, agravando a ruptura com o princípio da universalidade, admitindo que parte da população não será atendida na Atenção Básica, focalizada nos segmentos mais pobres da população. O financiamento da APS deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios (Massuda, 2020), isto favorece a focalização da assistência em detrimento da universalização do acesso (Mendes; Carnut; Guerra, 2022). Por analogia, Paim (2018) menciona que a investida da iniciativa privada na saúde brasileira faz com que o SUS focalize suas ações nos mais pobres.

Dessa forma, sob a hegemonia da racionalidade neoliberal, a lógica privatista tem reforçado a ampliação da sua presença na AB, principal frente de expansão do direito à saúde na vigência do SUS (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Massuda (2020) acrescenta que essa lógica de atuação agrava o subfinanciamento público da saúde no Brasil, podendo reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, tratando-se, portanto, de um retrocesso, colocando em risco a cobertura da ESF e o acesso aos serviços básicos. Como exemplo, houve o desestímulo à manutenção do NASF, pondo em risco o princípio da integralidade (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Ademais, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) explanam que a Atenção Básica no Brasil é fundamental para o fortalecimento do SUS e, historicamente, sempre houve um embate sobre o seu financiamento, muitas vezes, insuficiente. Outrossim, Mendes, Melo e Carnut (2022) afirmam que as ações defendidas para a inserção deste novo programa simulam o ganho de mais recursos financeiros, porém, é difícil sua operacionalização. Além disso, embora conte com possibilidades de alocação de recursos para municípios com maiores necessidades, não contempla de modo satisfatório a diversidade de situações existentes (Melo et al., 2019).

Logo, a manutenção do PAB fixo representava a garantia da continuidade dos recursos para a organização da Atenção Básica. As desigualdades sociais, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um modelo que considere as dificuldades e vulnerabilidades existentes, orientando-se pela equidade. Entretanto, as mudanças recentes na APS remetem a uma suposta melhoria de eficiência e efetividade na aplicação dos recursos e na resolutividade, ao mesmo tempo em que revelam o potencial de acelerar e aprofundar a privatização (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

1.1 Justificativa

Com esses contextos narrados é possível perceber a complexidade histórica que perpassa sobre o financiamento para a saúde pública, sobretudo na destinação dos recursos para a APS, intensificada pela implementação do Programa Previne Brasil, gerando uma série de críticas desde então. Ademais, nesse mesmo período surgiu a pandemia da COVID-19, que ampliou os desafios para a garantia do acesso aos serviços de saúde.

Portanto, justifica-se esta pesquisa pela inserção recente do PPB e a ausência de um aprofundamento nas pesquisas acerca do seu efeito financeiro nos municípios do estado da Bahia. Além disso, é importante considerar a importância que a APS tem na garantia do direito à saúde, já que a Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e é o cenário que pode resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Dessa forma, a pergunta de pesquisa é: quais são os efeitos do Programa Previne Brasil no financiamento da Atenção Primária à Saúde dos municípios baianos?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os efeitos do Programa Previne Brasil no financiamento da APS dos municípios do estado da Bahia.

2.2 Específicos

- a) Identificar e analisar as variações dos repasses financeiros na APS, impostas pelo Programa Previne Brasil, em municípios selecionados da Bahia.
- b) Apontar os principais desafios e/ou avanços que este novo financiamento impôs, na visão dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, e conhecer as estratégias de superação utilizadas por esses gestores.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso sobre os efeitos da implementação do Programa Previne Brasil (PPB) no financiamento da APS nos municípios do Estado da Bahia. Importante relatar as lacunas nas pesquisas existentes, por ser um programa recente e implementado em meio a pandemia da COVID-19, que centralizou a maioria dos estudos. Dito isto, confirma-se ainda mais a necessidade no aprofundamento desta pesquisa, escolhendo a abordagem mista (qualitativa-quantitativa) por se tratar de uma política pública complexa, com amplo impacto social. A pesquisa mista costuma proporcionar uma visão mais ampla do fenômeno estudado (Sampieri, Collado e Lucio, 2013).

Este trabalho foi divido em duas fases correspondentes aos objetivos da pesquisa (Quadro 1). Assim: a 1^a, com uma abordagem quantitativa, foram identificadas e analisadas as variações dos repasses financeiros para APS na Bahia; e a 2^a, com uma abordagem qualitativa, foram revelados os principais desafios e avanços gerados pelo PPB na percepção dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia, e identificadas as estratégias de superação que têm sido utilizadas por esses gestores.

QUADRO 1 – Matriz de análise metodológica.

Objetivo	Método	Análise
Identificar e analisar as variações dos repasses financeiros na APS impostas pelo Programa Previne Brasil em municípios selecionados da Bahia.	Elaboração de banco de dados com ISF de todos os municípios da Bahia para identificar os municípios a serem analisados;	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos três municípios com os melhores e os três com os piores ISF por cada um dos Núcleos Regionais de Saúde da Bahia; - Análise do perfil dos municípios e dos ISF, segundo número de habitantes e cobertura da APS.
	Levantamento financeiro da APS nos municípios selecionados da Bahia, entre os anos de 2017 e 2022, através do site do Fundo Nacional de Saúde.	Comparação financeira das possíveis perdas e ganhos entre os municípios baianos, antes e depois do PPB;
Apontar os principais desafios e avanços que este novo financiamento impõe, na visão dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, e conhecer as estratégias de superação utilizadas por estes gestores.	Elaboração e distribuição de um questionário eletrônico para os Secretários de Saúde dos municípios da Bahia.	Identificação dos desafios para a implementação do PPB nos municípios selecionados da Bahia, segundo os Secretários Municipais de Saúde da Bahia
		Relato dos avanços após a implementação do PPB, segundo

		a opinião dos gestores municipais de saúde da Bahia.
		Descrição das ações estratégicas adotadas pelos municípios baianos para amenizar os efeitos do PPB.

Fonte: Elaboração própria (2023).

No primeiro momento, com uma abordagem quantitativa, foi feita uma análise do Indicador Sintético Final – ISF das cidades baianas. Segundo a Nota Técnica nº 12/2022, o ISF é o resultado da soma de todas as notas individuais dos indicadores, que varia entre 0 (mínimo) e 10 (máximo), dividido por 10 (que é a soma de todos os pesos de cada indicador). O ISF é divulgado quadrimensalmente (Q1: jan.-abr.; Q2: maio-ago.; Q3: set.-dez.) e tem repercussão financeira para os próximos quatro meses. Estes dados encontram-se detalhados no Sistema de Informação e Saúde para a Atenção Básica – SISAB e no Painel de Indicadores da APS (Brasil, 2023f-g).

Esta fase I da pesquisa tem três etapas. Na primeira etapa foi elaborado um banco de dados com o valor do ISF para os nove quadrimestres, que correspondem ao período entre 2020 a 2022 (os três primeiros anos completos da vigência do PPB), de todos os municípios da Bahia. Posteriormente, foi calculada a média deste indicador, na qual montou-se uma tabela para os municípios com as três melhores e outra com as três piores médias do ISF de cada NRS da Bahia. Por fim, foi inserido o quantitativo do número de habitantes e a porcentagem da cobertura da APS para caracterizar as cidades e aprimorar a análise dos resultados (Tabela 1).

Em seguida, na segunda etapa, foi elaborado um banco de dados com os repasses financeiros feitos aos municípios selecionados na etapa anterior e divulgados pelo Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2023c), entre os anos de 2017 e 2019 (três últimos anos que vigorou o PAB fixo e variável do Bloco da Atenção Básica) e também entre os anos de 2020 e 2022 (a partir do Bloco Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo Atenção Primária) já com a vigência do Previne Brasil (Tabela 2). Estes dados foram pesquisados no site do Fundo Nacional de Saúde, através do link: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html. Por fim, na terceira etapa, foram feitas as interpretações dos resultados anteriores analisando as perdas e ganhos financeiros, na comparação entre os períodos estabelecidos, entre os municípios selecionados por NRS.

TABELA 1 – Municípios com as três melhores ou as três piores médias do ISF, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre 2020 e 2022.

NRS	Cidades	Média do ISF	Habitantes (mil)	Cobertura da APS (%), 2022
w	a/d			
	b/e			
	c/f			

Fonte: Elaboração própria (2023).

TABELA 2 – Repasses financeiros para a APS dos municípios selecionados, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre os anos 2017-2022.

Cidades	2017	2018	2019	2020	2021	2022
NRS w						
A						
B						
C						
D						
E						
F						

Fonte: Elaboração própria (2023).

Dessa forma, foram analisados os repasses financeiros antes e depois da implementação do Previne Brasil e foram identificados seus efeitos para APS das 54 cidades selecionadas. Como critério de inclusão, entre as 417 cidades da Bahia, foram selecionados os municípios com as três piores e as três melhores médias do ISF, entre os anos de 2020-2022, por cada um dos nove Núcleos Regionais de Saúde do estado da Bahia. Ou seja, foram selecionadas 54 cidades: 6 por cada NRS, sendo os municípios com as três melhores e as três piores médias do ISF, multiplicado pelas nove regiões do estado ($6 \times 9 = 54$).

Os resultados foram apresentados em formato de tabela com os valores financeiros, anuais, repassados para a APS de cada município baiano selecionado, conforme a tabela 2. Além disso, foi elaborado um gráfico de linha para cada NRS, representando as variações financeiras ao longo dos anos, para uma melhor visualização dos efeitos do PPB.

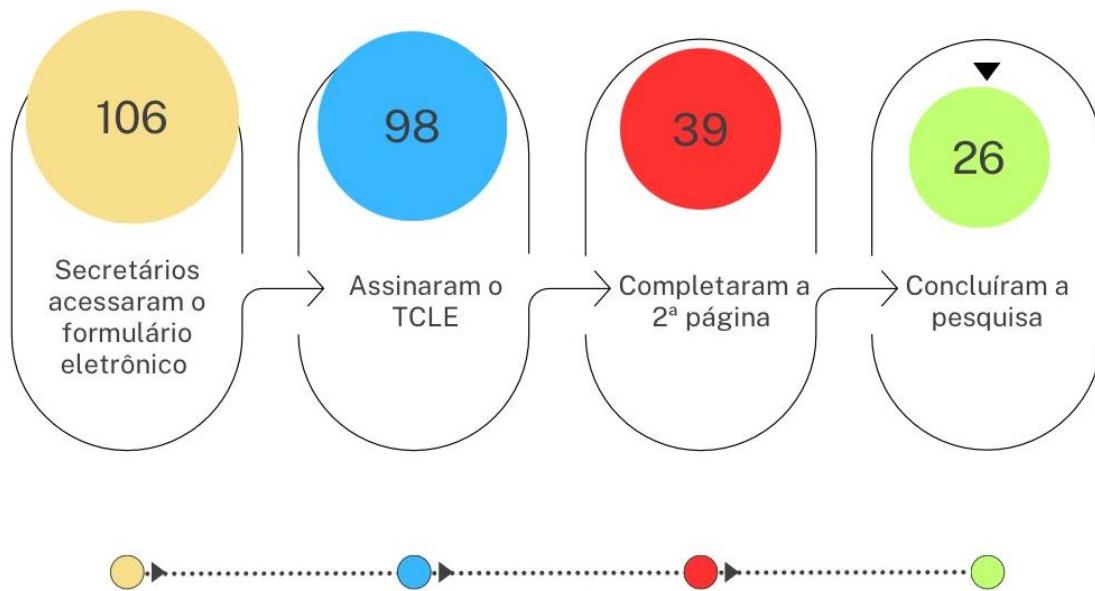
Por fim, na segunda e última fase desta pesquisa, foram coletadas e analisadas as respostas dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia que, espontaneamente, aceitaram responder o questionário. Inicialmente, foram convidados via e-mail os secretários dos municípios analisados na fase um desta pesquisa, porém, não houve adesão significativa deles. Essas informações foram coletadas através do formulário eletrônico (link: <https://redcap.link/PrevineBrasilBahia>), gerenciado na plataforma REDCap (Research

Electronic Data Capture), aprofundando as principais questões de acordo com a temática deste estudo.

O link para o preenchimento do formulário foi encaminhado em múltiplas ocasiões via e-mail para os secretários dos 54 municípios analisados na primeira fase, esses mesmos secretários também foram contatados telefonicamente usando as informações disponíveis no site do COSEMS-BA. Porém, só obtivemos a resposta completa de 3 (três) destes gestores. Assim, posteriormente, papéis com o QR Code para o preenchimento do formulário eletrônico foram entregues durante as Assembleias mensais do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia, realizadas entre outubro e novembro de 2023 (Apêndice C), a 100 (cem) secretários participantes no dia.

No geral, ao longo de três meses, 106 gestores municipais de saúde do estado da Bahia acessaram o formulário eletrônico e 98 assinaram a primeira página que correspondia ao TCLE, em seguida 39 completaram a segunda página, correspondente aos aspectos de identificação, e por fim 26 secretários concluíram a pesquisa de forma completa, respondendo a última página que estava associada as perguntas específicas sobre o Programa Previne Brasil (Figura 1). Dessa forma, cada acesso gerou um número de identificação do participante para a análise e a apresentação dos resultados (de P1 até P106).

FIGURA 1 – Sequência numérica dos acessos até o preenchimento completo do formulário eletrônico pelos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia.



Fonte: Elaboração própria (2024).

Como critério de inclusão para esta última fase, foram analisadas as respostas dos Secretários que responderam voluntariamente ao formulário eletrônico, dentre os municípios baianos, excluindo os formulários com respostas parciais. A escolha pelo estado baiano foi baseada na amplitude do seu território, com uma diversidade de municípios e características, oferecendo uma credibilidade para a pesquisa e comparabilidade entre os selecionados, trazendo uma representatividade na gestão municipal dos Núcleos Regionais de Saúde da Bahia.

O formulário eletrônico continha perguntas introdutórias demográficas, como: gênero, idade, raça, nível de formação, profissão, filiação partidária e períodos no exercício como secretário de saúde. Essas que são úteis para avaliar a variedade do estudo e orientar as características na amostra (Flick, 2009). Ademais, o foco foi direcionado para a questão da pesquisa, dispondo de sete perguntas no total, alternadas entre objetivas e subjetivas, conforme roteiro (Apêndice A). Para interpretação dos resultados, foi feita uma análise dos dados respondidos pelos Secretários, revelando os principais desafios e avanços com a implementação do Programa Previne Brasil. Além de conhecer as suas estratégias de superação frente aos desafios impostos por este novo financiamento da Atenção Primária.

A pesquisa qualitativa neste estudo misto se dá por ser uma abordagem voltada para a exploração e para o entendimento do significado que indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano (Creswell; Creswell, 2021). Além disso, ela está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo (Flick, 2009). Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013), a ideia é de se obter dos indivíduos a informação tal como ela é, para descobrir os vários pontos de vista dos participantes.

3.1 A Bahia

A Bahia é o berço do Brasil, já que foi em Porto Seguro, município ao sul do Estado, que os portugueses ocuparam o território do nosso país, já povoado pelos indígenas. Caracterizada por uma miscigenação de raças e cores, predominantemente negra, e de cores pretas e pardas, a Bahia compõe o quantitativo dos 26 estados brasileiros mais o Distrito Federal, localizada na região Nordeste e com a população de pouco mais de 14 milhões de habitantes, 4º maior do país (IBGE, 2021b).

Atualmente, é governada por Jerônimo Rodrigues, do Partido dos Trabalhadores (PT), sigla de cunho ideológico de “esquerda” que governa o estado desde 2009 de forma ininterrupta. A Bahia teve, em 2022, um rendimento mensal domiciliar *per capita* de R\$ 1.010 (23º no ranking entre os 27 estados do país), inferior à média nacional que é de R\$1.586, confirmado a desigualdade regional do Brasil, sobretudo, na região Nordeste, última neste ranking com R\$ 1.011 (IBGE, 2021a-b). Ademais, possui um amplo território dividido em 417 municípios. Sua capital é Salvador, onde moram cerca de 20% dos habitantes do estado com, aproximadamente, 3 milhões de residentes, já Feira de Santana é a segunda maior cidade neste quesito, com cerca de 630 mil moradores (SESAB 2021a).

Além disso, o estado baiano tem mais de 70% dos municípios com menos de 50 mil habitantes e é dividido em 28 regiões se aglutinando em 09 Núcleos Regionais de Saúde, são eles: Norte; Nordeste; Leste; Sul; Extremo Sul; Sudoeste; Oeste; Centro-Norte e Centro-Leste, que são sediados nas cidades de: Juazeiro, Alagoinhas, Salvador, Ilhéus, Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista, Barreiras, Jacobina e Feira de Santana, respectivamente (SESAB, 2021a). Até o final de 2022 a Bahia tinha 78,47% de cobertura da APS, com 4.119 Equipes de Saúde da Família, tendo a cidade de Salvador 57,21% de cobertura da Atenção Primária à Saúde e a de Feira de Santana 77,76% (Brasil, 2022b).

Nesse sentido, Sellera (2022) expõe que a região Nordeste cresceu o número de cadastrados em 46% entre o final de 2019 e de 2021, assim como a Bahia que aumentou em 52,47% nesse mesmo período, ocupando a 14ª posição entre os 26 estados brasileiros mais o Distrito Federal. Outrossim, o autor relata nos seus estudos que 54% dos municípios baianos são rurais adjacentes e 28% são urbanos. Portanto, a dificuldade na oferta do serviço de saúde em uma zona de baixa densidade populacional se fundamenta na dificuldade nos deslocamentos das equipes e de contratação de pessoal (Coelho; Scatena, 2014).

Em relação ao financiamento da saúde na Bahia, no ano de 2021, cerca de 7,6 bilhões de reais foram aplicados pela Secretaria Estadual de Saúde, representando 15,7% do orçamento total do estado, e deste valor apenas 7 milhões (menos de 1%) foram direcionados para ações da Atenção Básica, em comparação aos 1,5 bilhão (aproximadamente 20%) para a média e alta complexidade (SESAB, 2021b). Dessa forma, dos cerca de 2,7 bilhões aplicados na APS do estado da Bahia em 2021, 99,9% foram provenientes dos recursos municipais. Já em 2022, o financiamento para a Atenção Primária cresceu 10%, saltando para a casa dos 3 bilhões de reais, e a participação dos recursos estaduais teve um decréscimo de 21%, caindo de 7 milhões em 2021 para, aproximadamente, 5,5 milhões em 2022 (Brasil, 2023c).

Ademais, é importante relatar que as maiores taxas de mortalidade, em 2021, estão associadas às doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 2022c). Em relação a saúde suplementar, pouco mais de 1,6 milhão de habitantes, até o final de 2022, contrataram esse serviço privado, cerca 11% da população do estado, ou seja, 89% dos baianos dependem do SUS (ANS, 2022).

Nos parâmetros de indicadores do Previne Brasil, a Bahia mantém uma série histórica de melhoria ao longo dos quadrimestres. Nas últimas avaliações, por exemplo, os municípios do estado melhoraram em todos os 7 indicadores. Prova disso é o aumento do número de exames de sífilis realizados nas gestantes, que aumentou de 69% para 76%, um incremento de 10%, que acompanha a mesma taxa percentual de queda do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano, entre 2021 e 2022, caindo de 1.358 para 1.230 novos casos (SESAB, 2023a-b). Além disso, considerando o Indicador Sintético Final (ISF) a nota saltou de 7,4 para 7,7 entre o último quadrimestre de 2022 e o primeiro de 2023, um crescimento de 4,1% (Tabela 3). Isso se reflete na diminuição em cerca de 27% das causas sensíveis de internação à Atenção Primária à Saúde, caindo de 24,81% em 2017 para 19,47% em 2022, mostrando uma maior resolutividade na APS (SESAB, 2023b).

TABELA 3 – Indicadores de desempenho do PPB no estado da Bahia, Q3 de 2022 e Q1 de 2023.

INDICADOR	META	Q3 2022	Q1 2023
		(%)	
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.	45	46,11	51,34
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	60	69,74	76,58
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	60	58,14	62,81
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde.	40	20,13	22,65

Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b e Poliomielite Inativada.	95	67,84	75,01
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	50	26,38	26,95
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	50	23,59	24,3
ISF	10	7,4	7,7

Fonte: Elaboração própria a partir de SESAB, 2023a.

Entretanto, apesar da melhoria numérica dos indicadores, os municípios do estado da Bahia ainda estão com percentuais abaixo das metas em alguns índices, como nas consultas dos pacientes hipertensos e diabéticos, com uma meta determinada de 50% do público-alvo, mas com valores próximos da metade desta porcentagem. Da mesma forma, a proporção de mulheres com a coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde está só um pouco acima da metade da meta, e a cobertura vacinal está cerca de 20% abaixo do planejamento e próximo da realidade nacional, que estava em 72% no primeiro quadrimestre de 2023 (Brasil, 2023g).

Assim, dos 7 indicadores atualmente monitorados, em 4 deles a Bahia encontra-se abaixo da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. Estes dados reforçam a necessidade de intensificar as ações assistenciais visando a diminuição dos agravos relacionados as doenças crônicas e ao câncer do colo do útero, otimizando o controle das doenças imunopreveníveis e tornando uma APS resolutiva frente as problemáticas, que não são exclusivas do estado da Bahia, já que apresentam-se da mesma forma a nível nacional. Mas, para que isso se torne realidade, é necessário o aumento do financiamento da Atenção Primária à Saúde para garantir o acesso e também para melhorar a qualidade da atenção em saúde.

3.2 Comitê de ética

Por se tratar de um projeto que envolve a participação dos seres humanos, houve a necessidade de cadastro na Plataforma Brasil, sob o CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) nº. 67296123.9.0000.0053 e parecer de aprovação nº. 6035975, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Foi respeitada a Resolução nº 466/2012 (Brasil, 2013), sendo oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) colocado na primeira página do formulário eletrônico, encaminhado por e-mail ou disponibilizado por meio de QR Code nas Assembleias do COSEMS. Além disso, houve a concessão do Termo de Anuênciia pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia - COSEMS-BA.

Desta forma, foi seguido o princípio da não maleficência, sendo as informações preenchidas de maneira voluntária e respeitando a autonomia dos sujeitos. Os dados da pesquisa serão mantidos em sigilo e destruídos após o período de 05 (cinco) anos. Os riscos são mínimos e estão relacionados às indagações sobre os aspectos referentes ao tema deste estudo. Entretanto, ressalta-se os riscos característicos dos ambientes virtuais, por hackers. Assim, reforça-se a garantia da confidencialidade e privacidade dos participantes, com a manipulação dos dados somente pelos pesquisadores responsáveis, assegurando a proteção da imagem e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, na manutenção do sigilo em todas as fases da pesquisa. O sistema eletrônico será restrito ao pesquisador e ao participante, através de um link único e instrutivo, com a disponibilização do TCLE em arquivo virtual, tendo a função “copiar e colar”, enfatizando a importância de guardar o documento eletrônico.

Ademais, o participante teve a autonomia nas respostas, a liberdade de não responder alguma pergunta, em caso de sentir-se desconfortável, e de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificativas para tal. Por fim, os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas e/ou anais de congressos, e enviados aos participantes por e-mail, almejando benefícios como: a formulação de estratégias de superação frente aos desafios impostos pelo Programa Previne Brasil, visando aumentar os recursos financeiros para a Atenção Primária à Saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Políticas públicas de saúde

Segundo Viana e Baptista (2012) a Política Pública é o Estado em ação, expressando o que a sociedade deseja. No âmbito da saúde, essa política se encontra na interface entre o Estado, a sociedade e o mercado, necessitando dispor de um conhecimento das realidades setoriais concretas (Fleury; Ouverney, 2012). Ou seja, há uma necessidade de formulação e execução de Políticas Públicas que possam desempenhar um papel social importante em busca de uma melhor qualidade de vida para a população. Outra definição da política de saúde considera que:

"é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente" (Paim; Teixeira, 2006, p.74).

Neste sentido, as sociedades enfrentaram lutas históricas pela conquista e expansão dos direitos de cidadania, questionando a não efetivação da ordem igualitária (Fleury; Ouverney, 2012). Foi assim que, segundo Escorel (2012), se formou o Movimento Sanitário Brasileiro, com início na década de 70, no período da ditadura militar, por insatisfação com os problemas de saúde e em prol de melhorias da qualidade de vida, na consecução dos direitos de cidadania.

Por conseguinte, a atual Constituição Federativa (Brasil, 1988), no artigo 196, torna a saúde um direito de todos e dever do Estado, sendo o ponto pé inicial para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que se consolidou em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a-b). Entretanto, existem obstáculos estruturais que se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e no modelo médico-assistencial privatista, sobre o qual o sistema foi construído (Noronha; Lima; Machado, 2012).

Em princípio, é importante lembrar que, nessa mesma época do surgimento do SUS, o Brasil estava sob o comando de gestores com ideais de uma política econômica neoliberal. Dessa forma, Fleury (2018) diz que há um predomínio da globalização da economia, visando uma acumulação financeira para as grandes corporações transnacionais, o que reduz o poder de

controle do Estado, sendo incapazes de responder às demandas cidadãs e de garantir os direitos de proteção social.

Sendo assim, a capacidade reformadora da política pública mostrou seu limite frente às fragilidades estruturais de baixa inserção na política econômica, baixo grau de desmercantilização, ausência de valores igualitários e baixo apoio político-partidário (Lobato, 2016). Além disso, Viana e Baptista (2012) relatam a realidade do poder exercido por uma elite com baixa representatividade pelos interesses sociais. Com isso, as decisões políticas ficam limitadas a uma minoria.

Por isso, Fleury (2018) defende que a construção da proteção social deverá contemplar estratégias de inclusão para além da homogeneidade. Historicamente, seria o que Weber (1982) chama de “luta de classes”, em que homens na mesma situação reagem através de ações de massa em busca de interesses mais adequados para sua realidade. No SUS esse espaço é ocupado pelo Conselho Nacional de Saúde, órgão permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas (Brasil, 1990b).

Portanto, a saúde pública é uma construção social e histórica, que depende de princípios, ou seja, é resultante da luta de alguns valores contra outros (Campos, 2000). Estes que não podem ser medidos pelo mercado financeiro, como uma moeda de troca, fala-se em algo maior: a vida. Entretanto, o Estado brasileiro não tem cumprido sua responsabilidade de garantir à população serviços públicos de qualidade, com acesso pleno e equidade (Almeida-Filho; Paim; Vieira-Da-Silva, 2023)

4.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, tratamento e vigilância em saúde (Brasil, 2017). Historicamente, após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, desenvolveu-se o movimento da Atenção Primária à Saúde (Paim, 2012). Giovanella e Mendonça (2012) consideram que este ato foi um marco mundial para a AB, com uma Conferência Internacional organizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, pela Organização Mundial da Saúde, findando este nível de atenção

como uma função central dos sistemas nacionais de saúde. A APS corresponde ao nível de atenção mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, sendo capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde (Aquino et al., 2023).

A primeira ação voltada para a estruturação da APS no Brasil foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 para atender as demandas de combate e controle da epidemia de cólera e das demais formas de diarreia, com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação, inicialmente focada nas regiões Norte e Nordeste (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). Ou seja, surgiram medidas que fortaleceram o caráter preventivo, frente ao que Paim (2012) chama de modelo médico-assistencial privatista, definido como predominantemente curativo, prejudicial ao atendimento integral e pouco comprometido com o impacto dos determinantes sociais da saúde.

Posteriormente, apenas 4 anos após a criação do SUS, em 1994, inicia-se a implementação da Estratégia Saúde da Família, que evoluiu com uma acelerada cobertura em todas as regiões e estados (Aquino et al., 2023). Desde o surgimento da ESF o Brasil alcançou resultados importantes como a redução da mortalidade infantil, por exemplo. Mas, apesar deste avanço, ainda há muitas dificuldades e o acesso aos serviços de saúde é um entrave importante, visto que a cobertura da APS aumentou, mas muitos problemas continuam.

Nessa perspectiva, em dezembro de 2022 a cobertura da Atenção Primária no Brasil estava em 75%, um avanço neste quesito em comparação aos 57% em janeiro de 2021, saltou 18% em dois anos. Dentre as regiões brasileiras, destaca-se o Nordeste e Sul com coberturas na casa dos 83% cada, já a região Sudeste aparece com apenas 67% (Brasil, 2023c). Porém, o aumento da cobertura da ESF não significa melhoria do acesso aos serviços de saúde e, segundo Aquino et al. (2023), retrocessos recentes atingiram a APS, representados por modificações no financiamento e ameaças de privatização implementado por um governo ultraneoliberal.

Em 2017 foi atualizada a Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2017c), sendo alvo de crítica por Pinto e Giovanella (2018) que enxerga a atual PNAB como uma ameaça para a ESF, visto que ela versa sobre a flexibilização da carga horária dos profissionais, que pode ser de apenas 10 horas, comprometendo a vinculação da equipe e colocando em risco a saúde integral. A PNAB, historicamente, segundo Melo et al. (2018), surgiu em 2006 junto ao “Pacto pela Saúde”, e teve sua segunda edição lançada em 2011 baseada nos nós críticos, como o subfinanciamento, a infraestrutura inadequada, assim como nos problemas da informatização. Desafios esses que persistem até hoje. Portanto, segundo Giovanella (2018) o Brasil precisa de

uma Política da Atenção Básica que esteja, de fato, voltada para melhor conectar a APS na rede de saúde, sendo mais resolutiva e avançando na qualificação profissional.

Nesse contexto, busca-se o alcance da integralidade, da ampliação do acesso e da equidade no SUS (Teles; Coelho; Ferreira, 2017). Para ser universal o Sistema Único de Saúde deve ofertar atenção de qualidade em volume suficiente para todos, eliminando as barreiras jurídicas, econômicas e culturais existentes (Souza; Lígia, 2014). Documentadamente, medidas foram criadas para o fortalecimento da APS, Ugá, Porto e Piola (2012) citam a Norma Operacional Básica (NOB 96) em que foram introduzidas mudanças em favor da descentralização da saúde, como na criação do Piso da Atenção Básica (PAB), com valor *per capita* para os seus custeios.

Nesse sentido, Melo et al. (2018) dizem que a introdução do PAB fixo e variável, na década de 1990, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos). Além disso, houve a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, proporcionando a inclusão de outros profissionais de saúde, como os assistentes sociais e psicólogos (Paim, 2012). A organização do processo de trabalho do NASF tinha como fundamento o apoio matricial atuando em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, minimamente composta por médicos, enfermeiros e dentistas (Giovanella; Mendonça, 2012). Segundo nessa cronologia, em 2011 foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu um componente de qualidade no Piso de financiamento variável da AB, relacionado ao desempenho da equipe (Brasil, 2011).

Logo, houveram avanços lentos, mas com a implementação do novo financiamento da APS, o PMAQ-AB e o NASF foram extintos. Esse ato é tido, pelos críticos, como uma prática mercantilista e de retrocesso para a saúde brasileira. Portanto, esses mecanismos políticos estão avançando em favor de uma política neoliberal que já alcançou o principal nível de atenção do SUS, colocando em risco o seu futuro. Em suma, urge contrapor-se às iniciativas de focalização, seletividade e segmentação da APS com o aumento de investimentos compatíveis com a complexidade de APS abrangente, resolutiva e ordenadora da rede (Aquino et al., 2023).

4.3 Financiamento do SUS

O financiamento da saúde define a capacidade de resposta dos Sistemas de Saúde (Coelho, 2016). Segundo Carvalho (2008), no momento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), esses recursos financeiros estavam associados ao setor previdenciário e nem todos tinham acesso à assistência. Entretanto, com a normatização do direito à saúde como dever do Estado, as ações e serviços de saúde passaram a ser “universais” e mesmo assim o dinheiro aplicado na saúde nunca foi suficiente, criando um subfinanciamento crônico.

O financiamento é um dos componentes do sistema de saúde e faz parte da Seguridade Social. Segundo Souza e Bahia (2023), como componente do sistema de saúde, o financiamento torna-se o elemento mais importante, pois a prestação de serviços depende dos recursos financeiros. Já como Seguridade Social, a Constituição Federal no seu artigo 194 define: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

Nesse sentido, antes da criação do SUS, o Brasil disponha de um sistema voltado para o Seguro Social que se baseava nos descontos de salários para assegurar o acesso aos serviços de saúde, mas essa ação excluía os desempregados e por isso surgiu a necessidade da garantia da Seguridade Social. Assim, segundo Coelho et al. (2023), o Estado assume uma função central no financiamento e na administração do sistema de saúde, e quanto mais forte for esta ação, maiores serão as oportunidades de acesso e cobertura dos serviços de saúde.

Dessa forma, Ugá, Porto e Piola (2012) relatam que cerca de 30% do Orçamento da Seguridade Social era repassado para a saúde, administrado pelo Ministério da Saúde (MS) através do Fundo Nacional de Saúde, com repasses regulares e automáticos. Porém, em 1993, essas contribuições sobre as folhas de salários recolhidos pela previdência social deixaram de ser repassadas para o MS. Sendo assim, o orçamento para o SUS ficou comprometido.

Além disso, segundo Coelho et al. (2023), o financiamento da saúde tem sido um problema central para viabilizar o direito a saúde, desde a criação do SUS, e perpassa pela questão de suficiência e alocação equitativa dos recursos financeiros. Por analogia, Coelho e Scatena (2014) relatam que criam-se as filas de espera, que são barreiras de acesso no controle da demanda dos serviços de saúde e levam alguns usuários a buscarem o sistema privado.

Portanto, o Brasil não detém um modelo de proteção social amplo e forte, aumentando o espaço para as investidas e lucros da iniciativa privada, sob a ótica econômica neoliberal, esse fato é dito por Coelho (2016) como uma situação preocupante. No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão federal responsável pela regulação das atividades das operadoras de maneira a impedir práticas abusivas (Coelho et al., 2023).

Ademais, as políticas públicas de universalização do acesso à saúde voltam-se para reduzir as barreiras financeiras (Travassos; Castro, 2012). Ugá, Porto e Piola (2012) consideram que a distribuição equitativa dos recursos deve dimensionar as desigualdades entre as condições sanitárias e socioeconômicas das populações das distintas áreas geográficas. Entretanto, o dinamismo do setor privado, sob incentivo estatal, tende a reproduzir a estratificação social e a expressão das desigualdades na saúde (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Logo, o financiamento do Sistema Único de Saúde deve acompanhar o crescimento da economia brasileira, o que não tem acontecido (Coelho, 2016). Como exemplo, temos a publicação da Emenda Constitucional nº 95 que representava o novo regime fiscal do Brasil, congelando as despesas primárias da União, como as da saúde, por duas décadas, mas que ficou vigente apenas por 7 anos, sendo substituída por um novo arcabouço fiscal que trouxe a ideia de flexibilizar os gastos de uma forma sustentável (Brasil, 2016; 2022a; 2023a). O certo é que as barreiras financeiras atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde e são desfavoráveis aos mais pobres, que têm menor capacidade de pagar (Travassos; Castro, 2012). Assim, Coelho (2016) relata que investir na saúde representa ganhos em produtividade econômica a médio e a longo prazo, e este torna-se o principal argumento utilizado para aumentar o financiamento do SUS.

O financiamento público é proveniente de tributos pagos pela sociedade através dos impostos de arrecadação obrigatória que são administrados pelo governo e devem ser aplicados em políticas públicas (Lobato e Giovanella, 2012), como na Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), imposto criado em 1997 e extinto em 2007. Essa tributação contemplava uma arrecadação que deveria ser destinada integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para o financiamento das ações e serviços de saúde, mas na prática dividia o percentual arrecadado com outros setores públicos (Brasil, 1996a).

Em relação aos recursos privados, eles são pagos diretamente pelas famílias, empresas e indivíduos. Então, sendo a saúde um direito de todos, o acesso aos serviços não deveria ser condicionado à capacidade de compra. Ademais, Coelho et al. (2023) relatam que os planos e

seguros privados precisam ser revistos, de forma que seja aprimorado o processo de cobrança pelo ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários do setor privado. Na mesma linha de pensamento, Coelho (2016) critica a forma como o contingenciamento das contas é feito, dado às custas de cortes orçamentários e/ou aumento do volume e tempo das contribuições com os impostos. Ou seja, o cidadão financia indiretamente um direito Constitucional e recebe serviços desqualificados e/ou insuficientes.

Segundo Teixeira, Souza e Paim (2014) esse é o efeito da política neoliberal, enaltecedo os valores do mercado e do dinheiro e diminuindo a intervenção estatal, fazendo com que a oferta do serviço seja vista como um “favor” e não como um direito social adquirido. Portanto, as políticas macroeconômicas, a agenda de reforma hegemônica do Estado e a coalizão de forças políticas predominantes não foram favoráveis à superação de problemas estruturais do SUS (Machado; Lima; Baptista, 2017). Nessa perspectiva, Coelho et al. (2023) expõem a necessidade da tomada de decisões para que se evite o desperdício financeiro e a corrupção, visando o bom uso das receitas orçamentárias, são elas: o aperfeiçoamento da gestão, uma maior fiscalização na utilização dos recursos e uma regulação do setor privado.

Outrossim, Coelho (2016) relata que o problema não vem só do aumento dos impostos em geral, e sim do nível de confiança na capacidade do governo em ofertar o retorno dos serviços. Segundo Coelho et al. (2023), a questão está em alocar os recursos financeiros para obter uma racionalidade sanitária eficaz, eficiente e de qualidade. Nesse ponto, cabe ressaltar o papel dos Conselhos de Saúde monitorando o orçamento em consonância com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, além de discutir e aprovar os relatórios de gestão e a prestação de contas por parte dos entes federativos, sendo que as tomadas de decisões dos gestores devem ser baseadas no plano de ação das Conferências de Saúde (Brasil, 1990a-b). As informações devem ser transparentes para uma boa análise, desde a origem dos recursos até as atividades finais, e devem ser acessíveis não só para o Conselho de Saúde, mas também para toda sociedade acompanhar (Coelho et al., 2023).

Sendo assim, as transferências de recursos precisam seguir não apenas critérios de igualdade, como os repasses per capita, mas também devem ser reajustados com base nas condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada município ou região (Teles; Coelho; Ferreira, 2017). É preciso compreender que não basta ter o recurso, mas também saber alocá-lo, de modo que ele cumpra sua finalidade, que é prover a saúde (Coelho; Scatena, 2014). Dessa forma, Coelho et al. (2023) defendem a construção de um modelo

financeiro sustentável, estimulado por uma mobilização social e política em prol de restruturação financeira do SUS, em busca de ações de saúde mais eficazes.

Logo, Teixeira, Souza e Paim (2014) relatam que a dificuldade está em alcançar uma parcela da população pobre que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico e com difíceis condições de acesso aos serviços. Isto porque, gasta-se mais nas regiões mais ricas e nos municípios mais populosos do Brasil (Teles; Coelho; Ferreira, 2017).

Por fim, é importante que os gestores municipais de saúde busquem se familiarizar com os principais conceitos, normas e leis que regem os processos orçamentários e de planejamento das ações de saúde, de maneira a orientar e supervisionar a equipe técnica (COELHO et al., 2023). Além disso, os gestores do SUS precisam conhecer melhor as necessidades de saúde das populações brasileiras para criar mecanismos eficientes em busca de uma alocação equitativa. O ponto fulcral é a reversão do subfinanciamento do SUS e das políticas sociais, visando a ampliação dos gastos públicos, coerente com a universalidade do direito à saúde (Aquino et al., 2023).

4.3.1 Histórico do financiamento do SUS e da APS

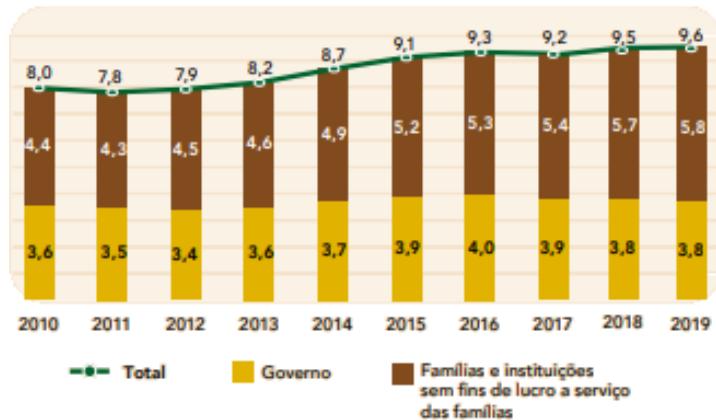
Historicamente, o Brasil permanece com o Gasto Público na Saúde menor em comparação aos países do mesmo porte (Teles; Coelho; Ferreira, 2017). Consequentemente, isso representa menos investimentos em políticas públicas. Como exemplo, a pesquisa do IBGE evidencia que o Brasil teve, em 2019, como gasto público na saúde 3,8% do seu PIB, e com isso ocupa a penúltima posição em comparação aos 13 países integrantes da Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE), na frente apenas do México (2,7%) e atrás da Colômbia (6%) e Chile (5,7%). Nesse mesmo ano, a média dos gastos públicos com a saúde em relação ao PIB dos componentes da OCDE é de 6,5%, já no Brasil esse dado corresponde a 3,8% ou R\$ 1.349,6 das despesas *per capita*, que indica quanto o país gasta por habitante (IBGE, 2019).

Dessa forma, há um alerta no subfinanciamento do SUS, com uma baixa participação dos gastos públicos, muito menor se comparado a outros países que também dispõem de

sistemas públicos de saúde, como o Reino Unido (8%) e Canadá (7,6%). Ademais, dos 9,6% das despesas com a saúde como proporção do PIB (equivalente a R\$ 711,4 bilhões), em 2019 no Brasil, 5,8% representam os gastos das famílias na saúde privada e consumo de medicamentos, por exemplo, o que corresponde a R\$ 2.035,6 das despesas *per capita* (IBGE, 2019).

Além desses dados, a Conta-Satélite de Saúde (IBGE, 2019), que faz uma análise da estrutura produtiva e da dinâmica do setor de saúde no Brasil, publicou um histórico anual do consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil, entre os anos de 2010 e 2019. No período, houve evolução dessas despesas em relação ao PIB (Gráfico 1), mas com um crescimento discreto da participação do governo, de apenas 0,2%. Ou seja, historicamente, quem mais contribui financeiramente para a saúde são as famílias e as instituições sem fins lucrativos, frente ao governo de um país com a saúde dita como dever do Estado.

GRÁFICO 1 – Despesas com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB, por setor institucional (%) no Brasil, 2010-2019.



Fonte: IBGE, 2019.

Em decorrência disso, a oferta dos serviços públicos de saúde fica limitada, formando as “filas de espera” e outras barreiras de acesso que levam o usuário a buscar o sistema privado (Coelho; Scatena, 2014). Logo, não foram enfrentados os obstáculos estruturais no âmbito do financiamento e das relações público-privadas, ao contrário, os diversos incentivos do Estado aos mercados em saúde foram mantidos ou ampliados (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Além disso, desde a criação do SUS têm sido promulgadas uma série de normas a nível federal que tiveram efeitos no financiamento da APS (Quadro 2). Inicialmente, essas medidas legislativas pretendiam garantir o orçamento da seguridade social e da saúde de modo geral, mas a partir do ano de 1996 apareceram normas direcionadas ao financiamento da APS, como

o PAB variável (Brasil, 1996b; 1997) que, segundo Coelho et al. (2023), foi a forma de estimular os municípios a aderirem aos programas de saúde nacionais, como a Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, o Brasil expressa as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país desigual (Machado; Lima; Baptista, 2017) e isso se reflete pela insuficiência do financiamento da APS correspondente às necessidades orçamentárias para sua implementação e ampliação.

QUADRO 2 – Legislação federal relacionada ao financiamento da APS.

ANOS	ATOS NORMATIVOS
1988 - 1990	Constituição Federal de 1988 e Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990: Determinam o orçamento originário da Seguridade Social, administrados pelo MS através do FNS, com repasses regulares e automáticos.
1991 - 1993	- NOB 91 e 93: Estabelece uma política de financiamento voltada para a atenção secundária e terciária; - Deixa de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários, arrecadada pelo INSS.
1996	NOB 96: Criação do PAB e dos incentivos financeiros vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF).
1997	- Início da cobrança da CPMF, criado através da Lei nº 9.311/1996; - Portaria 1.882: regulamenta o Piso da Atenção Básica (PAB fixo, valor mínimo <i>per capita</i> , e variável, financiando programas específicos na AB).
2000 - 2002	- Emenda Constitucional nº 29: Institui a aplicação mínima da receita em ações e serviços de saúde (Estado 12% e Municípios 15% da arrecadação); - NOAS 01 de 2001 e 2002: Amplia o PAB ao instituir a Gestão Plena da AB para os municípios, listando responsabilidades e ações estratégicas mínimas da AB, ampliando o PAB fixo.
2006	Pacto pela Saúde: Estabelece a responsabilização financeira tripartite; cria blocos financeiros de custeio e de investimentos.
2007	Extinção do CPMF
2011	Portaria 1.654: Institui o PMAQ-AB (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.645 de 01.10.2015).
2012	- Lei Complementar 141: Reforça os percentuais mínimos a serem aplicados na saúde e lista o que considera como despesas com ações e serviços públicos de saúde; - Portaria 1.089: Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).
2015	- EC nº 86: Cria as emendas parlamentares ao orçamento federal, limitada a 1,2% da receita corrente líquida prevista, sendo que metade deste valor será destinada a ações e serviços públicos de saúde; e instituiu a aplicação mínima, para a União, de 15% da receita líquida; - Portaria 1.645: Atualização das normativas do PMAQ-AB.
2016	EC nº 95: Congela as despesas primárias da União por duas décadas, a partir de 2018, representado pelo valor do ano anterior corrigido pela variação do IPCA, considerado o novo regime fiscal do Brasil.
2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.
2019	Portaria 2.979: Institui o Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento da APS.
2020	Portaria 169: Define o valor <i>per capita</i> para efeito do cálculo do incentivo financeiro da captação ponderada do Programa Previne Brasil.
2021	Incorporação do incentivo financeiro com base em critério populacional no PPB.
2022	Nota técnica sobre os indicadores de Pagamento por Desempenho do PPB.

Fonte: Elaboração própria a partir da legislação: Brasil, 1988; 1990a; 1990b; 1991; 1993; 1996a; 1996b; 1997; 2000; 2001; 2002; 2006; 2011; 2012a-b; 2015a-c; 2016; 2017a-b; 2019b; 2020c; 2021; 2022d-e; 2023e.

Portanto, desde a década de 90, houve uma elevação dos recursos para a saúde. Segundo Coelho et al. (2023) este fato justifica-se pelo aumento da participação financeira dos municípios, mas ainda com o predomínio orçamentário da União. Entretanto, os repasses financeiros concentram-se na assistência especializada em detrimento da Atenção Básica. No ano de 2022, por exemplo, a AB teve, aproximadamente, 35 bilhões de reais para cobrir suas despesas, quase metade do valor repassado para a média e alta complexidade, com cerca de 62 bilhões de reais (Brasil, 2023b). Coelho et al. (2023) defendem que investir na APS tende a reduzir, a médio e a longo prazo, o custo operacional da média e alta complexidade, pela alta demanda reprimida e pela alta resolutividade da APS de qualidade. Então, a equidade é um desafio para o campo da saúde, sendo necessário criar mecanismos eficientes para uma alocação equitativa de recursos (Coelho; Scatena, 2014).

Nesse sentido, o Brasil divide os repasses financeiros para a saúde em dois blocos financeiros, desde 2017, são eles: o antes denominado Bloco de Custeio passa a se chamar Bloco de Manutenção, e o Bloco de Investimento agora se chama Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. Essa mudança de nomenclatura foi realizada no ano de 2020 e relaciona-se ao tipo de repasse financeiro dividido em 5 grupos, são eles: I- Atenção Básica; II- Atenção especializada (ambulatorial e hospitalar); III- Assistência Farmacêutica; IV- Vigilância em Saúde; e, V- Gestão do SUS (Brasil, 2017a-b; 2020f). Essas medidas visam conter desvios de corrupção e ofertar mais transparência nas aplicações financeiras, com repasses de fundo a fundo.

Contudo, não foi resolvida a demanda da distribuição equitativa dos recursos financeiros para a saúde, prova disso é a criação das emendas parlamentares, que ofertam um olhar de interesse político-partidário na destinação financeira aos municípios (Brasil, 2015a). Ademais, essa distribuição é de responsabilidade das três esferas de gestão e devem corresponder ao valor mínimo da arrecadação de impostos, sendo 12% para os estados e 15% para os municípios, já a União deve aplicar o valor do ano anterior corrigido, no mínimo, pela variação do PIB (Brasil, 2012a).

Segundo Harzheim et al. (2020), com o Programa Previne Brasil, buscou-se o fortalecimento dos atributos da PNAB a partir de decisões políticas que perpassam pelas mudanças no financiamento federal. Desde então, atitudes são tomadas promovendo um modelo mercantilista de gestão e atenção à saúde (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Além disso, não houve envolvimento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nas discussões e aprovações deste novo programa financeiro da APS (Soares et. al, 2021), uma falha grave, visto

que 50% da sua composição são usuários do SUS, estes que são importantes na formulação de políticas públicas de saúde.

Posteriormente, portarias sucessivas foram publicadas para fortalecer o Programa Previne Brasil, como a de nº 3.222 (Brasil, 2019c), determinando os indicadores para o pagamento por desempenho. Além da Portaria 3.510 (Brasil, 2019d), incentivando o financiamento das equipes de saúde da família para que sejam campo de prática das residências médica e multiprofissional (enfermeiros e/ou odontólogo). Acrescentou-se ainda a Nota Técnica nº 3 (BRASIL, 2020b), reconfigurando o NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), flexibilizando a composição das equipes multiprofissionais com a ideia de ofertar autonomia ao gestor municipal, na definição dos profissionais e sua carga horária, e com a garantia de não haver prejuízos financeiros para os municípios. Porém, essa flexibilização levou a demissão de alguns profissionais do NASF, a não recomposição da equipe e a diminuição da carga horária assistencial, descaracterizando a ESF.

Nesse mesmo período, foi criada a Carteira de Serviços da APS – CaSAPS, descrevendo as ações clínicas ofertadas pela Atenção Primária (BRASIL, 2020a). Essas mudanças, segundo Morosini, Fonseca e Baptista (2020), aumentam as possibilidades de contratação do setor privado e diminuem a perspectiva multiprofissional na AB reforçando a característica focalizada no profissional médico. Desta forma, os procedimentos passam a serem precificados e quantificados, seguindo uma lógica de mercado, tornando-se mais passíveis de serem oferecidos por organizações não públicas e deixando de lado ações relacionadas com práticas importantes no processo de trabalho na APS, como o acolhimento, as discussões de casos clínicos complexos, a análise da situação de saúde e as reuniões de equipe.

A priori, Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021) relatam que a defesa para implantação do Programa Previne Brasil pelo Secretário de Atenção Primária, em 2019, Erno Harzheim, era pelo grande número de usuários não cadastrados nas equipes, associado a uma baixa valorização do desempenho destas, não condizente com os repasses financeiros calculados com base em critérios populacionais. Nesse sentido, Harzheim et al. (2022) relatam que o histórico modelo da APS, baseado nos critérios de porte populacional municipal, tinha pouco direcionamento para o alcance de resultados em saúde ou equidade.

Dessa forma, Harzheim et al. (2020) referem que para desenhar o Programa Previne Brasil, modelos internacionais foram profundamente estudados e adaptados à realidade brasileira. Os autores citam ainda que o modelo de pagamento por desempenho é realidade em

diversos países como no Reino Unido, que dispõe de um sistema de saúde público, além da Austrália e Nova Zelândia, obtendo níveis satisfatórios nos indicadores dentro do parâmetro estabelecido. Entretanto, não é adequado comparar um mecanismo de pagamento de profissionais de saúde, como o adotado no Reino Unido, com as transferências intergovernamentais em um país continental como o Brasil (Melo et al., 2019).

Logo, as tomadas de decisões no Brasil não são lineares, variam de acordo com a orientação política de quem ocupa o poder e, com isso, ocorrem alguns retrocessos. A exemplo da Emenda Constitucional nº 95 que congelou os valores financeiros da saúde a partir de 2018, e tinha a previsão de prevalecer por 20 anos (Brasil, 2016). Com a mudança de governo, essa involução foi substituída pela Lei Complementar 200/2023, novo arcabouço fiscal que trouxe a ideia de flexibilizar os gastos de uma forma sustentável (Brasil, 2023a).

Portanto, o Sistema de Saúde Brasileiro nunca teve uma fonte de orçamento regular e específica (Quadro 2). Há, documentadamente, uma insuficiência de recursos financeiros, motivados pela política neoliberal que estimula e favorece as instituições privadas e perpetua o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde. Então, é necessário um provimento da fonte orçamentária para a saúde brasileira, que garanta uma efetividade no acesso aos serviços para a população, de acordo com os princípios do SUS.

4.4A avaliação de desempenho na APS

Silva (2005) expõe a distinção entre os termos monitoramento e avaliação, a autora relata que monitorar está inserido no ato de avaliar, que é mais amplo. Já Felisberto (2004) afirma que a avaliação da situação de saúde decorre em grande parte das atividades de monitoramento, estas que geram dados que tornam-se informações, que podem nortear as práticas de saúde. Então, avaliar consiste em fazer um julgamento a respeito de uma intervenção, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (Contandriopoulos et al., 1997). Ou seja, avaliar é a condição de uma análise do nível de qualidade.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) surgiu em 2011 através da Portaria nº 1.654 (Brasil, 2011), com o objetivo de

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica (AB), buscando uma melhor resolutividade e transparência nas ações, além de desenvolver a cultura do planejamento. Em seguida, houve a revogação da legislação anterior, sendo atualizada pela publicação da Portaria 1.645 (Brasil, 2015c). Esse Programa foi dividido em três fases, a primeira era chamada de “Contratualização”, a partir da adesão das equipes de Saúde da Família (eSF) selecionadas pela gestão municipal, e financeiramente fazia parte do Componente de Qualidade do PAB variável (Brasil, 2012b).

Esta fase inicial englobava 47 indicadores divididos em oito áreas temáticas, sendo: sete indicadores de Saúde da Mulher; oito de Saúde da Criança; quatro sobre o controle da Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistémica (HAS); dez para a produção geral, que envolvia a proporção de consultas de médicos e enfermeiros (programadas ou por demanda espontânea) e as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); dois indicadores de Vigilância em Saúde (com foco na Tuberculose e Hanseníase); quatro da Saúde Mental; sete de Saúde Bucal (SB) e cinco do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (Brasil, 2015a).

A segunda fase era chamada de “Certificação”, tendo como propósito avaliar o desempenho dos indicadores contratualizados na adesão do programa. Era definida uma classificação em: I- ótimo; II- Muito Bom; III- Bom; IV- Regular; e, V- Ruim. Nesta etapa a avaliação seguia os seguintes critérios: 10% pela autoavaliação da equipe; 30% pela avaliação dos indicadores; e, 60% pela Avaliação Externa. Esse último critério era realizado por visitas as Unidades de Saúde da Família (USF) para analisar a qualidade da sua estrutura física e do acesso, entrevistar profissionais e usuários, além de avaliar as condições dos insumos e a organização dos serviços (Brasil, 2015c).

A última e terceira fase, implementada em 2015, quatro anos após o surgimento do PMAQ-AB, era denominada “Recontratualização”. Nela era proposto o aperfeiçoamento da AB a partir dos resultados obtidos, além do incentivo de incorporação de onze novos indicadores de qualidade que envolviam quatro grupos, sendo eles: seis para o Acesso e Continuidade do Cuidado; um para a Coordenação do Cuidado; dois para a Resolutividade e dois para a Abrangência da Oferta de Serviços (Brasil, 2015b).

Essas três fases geraram um ciclo de avaliação a cada 24 meses (ou seja, dois anos), e contavam com um Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, um dos componentes do Piso da Atenção Básica (PAB) variável (Brasil, 2015c), com repasses financeiros fixos mensais de R\$1.700 e R\$ 2.200 para as equipes da AB sem e com SB, respectivamente. Além de R\$ 1.000 para o NASF 1, R\$ 600 para o NASF 2 e R\$ 400 para o NASF 3 (Brasil, 2016).

Portanto, os recursos financeiros variavam de acordo com três critérios: I- quantitativo de equipes cadastradas; II- disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde (MS); e, III- classificação do desempenho (Brasil, 2015c). Porém, o PMAQ-AB foi extinto no final de 2019, passando a vigorar a Portaria 2.979 que implementou o novo financiamento da Atenção Básica, o Programa Previne Brasil (Brasil, 2019b).

No Programa Previne Brasil três componentes que fazem parte dos repasses financeiros do atual Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde são determinantes para os municípios (Figura 2). O primeiro é a Captação Ponderada, relacionada a quatro critérios: I- a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e a equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); II- a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na equipes; III- o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e IV- classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2019b; 2022c).

A vulnerabilidade socioeconômica é considerada com peso 1,3 para os beneficiários do Programa Bolsa Família, para o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e para o Benefício Previdenciário no valor de até dois salários mínimos, já as outras pessoas recebem peso 1 neste critério. Em relação ao perfil demográfico por faixa etária, os cadastrados com idade de até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais têm peso de 1,3. Já o critério de classificação geográfica é estabelecido conforme a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE: I- município urbano: peso 1 (um); II- município intermediário adjacente: peso 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos); III- município rural adjacente: peso 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos); IV- município intermediário remoto: peso 2 (dois); e V- município rural remoto: peso 2 (dois). Para esse cálculo financeiro ficou definido o valor base anual de R\$ 50,50 por pessoa cadastrada na eSF¹ e na eAP² de acordo com os critérios detalhados acima (Brasil, 2019b; 2020c; 2022c).

¹Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um ACS com a carga horária obrigatória de 40 horas semanais para todos os profissionais (BRASIL, 2017c).

²Equipe de Atenção Primária (eAP) é composta minimamente por um médico e um enfermeiro com a carga horária mínima de 20 ou 30 horas semanais e o profissional pode compor mais de uma equipe (BRASIL, 2019a).

Figura 2 – Componentes do Programa Previne Brasil.



Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil 2019b; 2021.

Para amenizar o efeito financeiro para a Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios que apresentarem decréscimo dos valores em comparação à competência financeira do ano de 2019, foi criado um incentivo financeiro *per capita* de transição no valor de R\$ 5,95 anual, multiplicado pela estimativa populacional municipal (Brasil, 2021). Ou seja, com esse auxílio era disponibilizado mensalmente apenas, aproximadamente, R\$ 0,50 por habitante, sendo sua manutenção fixada em portarias publicadas a cada ano que passava a vigorar o PPB (Brasil 2022c; 2023e). Já no PMAQ-AB os valores com base no critério populacional variavam entre 23 e 28 reais por habitante ao ano, de acordo com uma divisão municipal em quatro grupos levando em consideração o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*; o percentual da população com o Programa Bolsa Família ou em Extrema Pobreza; o percentual da população que dispõe de Saúde Suplementar; e a Densidade demográfica, que calcula o número de habitantes por quilômetro quadrado (Brasil, 2013). Portanto, o incentivo financeiro anterior ao Previne Brasil era maior e considerava as diferenças entre os municípios, relacionadas à produção econômica e a população com plano de saúde privado, diminuindo a inequidade em saúde.

Ademais, o MS anunciou o PPB como uma oportunidade para que os 4.472 municípios brasileiros recebessem dois bilhões de reais a mais no ano de 2020, caso conseguissem cadastrar a totalidade do parâmetro populacional por equipe. Porém, 1.098 municípios tinham a previsão de decréscimo no orçamento para APS, e para garantir que não haveria perda financeira o Ministério da Saúde manteve o maior valor recebido mensalmente em 2019, como regra de transição durante o ano de 2020. Essa ação foi feita através da publicação da Portaria 173/2020

(Brasil, 2020d), e dentre as cidades listadas 61 são do Estado da Bahia, ou seja, cerca de 15% dos municípios baianos apresentariam perda financeira com o Programa Previne Brasil.

O segundo componente do PPB é o Incentivo para as ações estratégicas, que abrange a implementação de programas de acordo com a necessidade de cada município, como: o Programa Saúde na Hora; o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); a Equipe de Consultório na Rua; a Unidade Básica de Saúde Fluvial; o Programa Saúde na Escola (PSE); o Programa Academia da Saúde; o incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; entre outros. Essas transferências financeiras são repassadas conforme as normas vigentes que regulamentam a organização dos respectivos programas (Brasil, 2019b; 2022c).

O terceiro componente do PPB é o pagamento por desempenho, que depende dos resultados alcançados por sete indicadores, que de acordo com o MS foram selecionados pela relevância clínica e epidemiológica, sendo avaliados quadrimensalmente (janeiro a abril, maio a agosto e setembro a dezembro) e divulgados pelo Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB, que determina a repercussão financeira para os próximos quatro meses (Brasil, 2019b; 2022c).

Para esses sete atuais indicadores é gerada uma nota de avaliação para cada um, variando de 0 a 10, de acordo com o parâmetro determinado (valor de referência de um desempenho ideal) e a meta (quantificação do valor de qualidade esperada), em seguida é feita uma proporção do resultado alcançado pela meta estipulada (Brasil, 2022b-e). Cada indicador tem um peso, que é o fator de multiplicação que varia entre 1 e 2, e é determinante para o Indicador Sintético Final (ISF), somando todas notas individuais e dividindo por 10 (soma de todos os pesos).

O ISF define o incentivo financeiro do desempenho, sendo considerado ainda o quantitativo de equipes homologadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e seu valor por cada tipo, como: I- R\$ 3.225 para eSF; II- R\$ 2.418 para eAP 30h; e III- R\$ 1.612 para eAP 20h (Brasil, 2022b-e). Entretanto, caso ocorra desfalque de profissionais nestas equipes, superior ao período de 60 dias (dois meses), haverá o comprometimento financeiro até a adequação das irregularidades (Brasil, 2019b).

Esse novo financiamento tinha o objetivo de inserir sete novos indicadores a cada ano, até 2022, totalizando 21 (vinte e um) indicadores, o que não ocorreu devido a pandemia da COVID-19. Os indicadores adicionais iriam contemplar as ações no cuidado puerperal e de pessoas com Tuberculose; as ações relacionadas às hepatites e ao câncer de mama; e as ações

em saúde mental, por exemplo (Brasil, 2019b). Portanto, muitas mudanças ocorreram na APS desde a implementação do PPB se comparado ao antigo programa de avaliação de desempenho, o PMAQ-AB (Quadro 3).

QUADRO 3 – Matriz de análise dos indicadores da Atenção Básica, segundo PMAQ-AB e PPB.

AÇÕES ESTRATÉGICAS	Indicadores segundo o PMAQ-AB (2011 a 2019)	Indicadores segundo o PPB (desde 2019)
Pré-Natal	Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica; Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; Proporção de gestantes com pré-natal no mês; Proporção de gestantes com vacina em dia; Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais; e Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares do ACS.	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1 ^a até a 12 ^a semana de gestação; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; e Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
Saúde da Mulher		Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;
Saúde da Criança	Média de atendimentos de puericultura por criança cadastrada; Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo; Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia; Proporção de crianças, pesadas, menores de dois anos; Média de consultas médicas para menores de um ano; Média de consultas médicas para menores de cinco anos; Proporção de crianças com baixo peso ao nascer; e Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio pelo ACS.	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada.
Doenças Crônicas	Proporção de pessoas com diabetes cadastradas; Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas; Média de atendimentos por pessoa com diabetes; e a Média de atendimentos por pessoa com hipertensão	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre
TOTAL	19	7

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, 2015b; 2019b; 2022c.

Portanto, o quadro acima confirma a disparidade da quantidade de indicadores entre o PMAQ, com 19 (dezenove), e o PPB com 7 (sete). Outrossim, as novas ações focam em atendimentos clínicos e laboratoriais, não dando importância a ações de promoção da saúde e atividades nos territórios, visto que desconsideram a consulta puerperal, o estímulo ao aleitamento materno e as visitas domiciliares, além de reduzir as ações relacionadas a saúde da criança, pois atualmente o PPB considera apenas as aplicações de vacinas dos menores de um ano.

Esse fato evidencia que o programa vigente não alcança as principais ações estratégicas para as políticas de saúde pública, colocando em risco o princípio da integralidade, a partir do momento que considera muito mais os números do que a qualidade da assistência, além de desconsiderar a continuidade do cuidado. Já o PMAQ trazia um aspecto muito mais alinhado na avaliação da qualidade da APS, em busca de melhorias para as práticas de saúde, no momento em que ponderava os fatores estruturais, as opiniões dos profissionais e dos usuários, além dos indicadores relacionados as ações no território, como as visitas domiciliares. Por outra parte, o PPB foca exclusivamente no monitoramento de ações em saúde, com indicadores limitados e, muitas vezes, que não conseguem abordar a realidade de saúde local.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 As variações dos repasses financeiros na APS

Como foi explicado na metodologia, a partir da análise da média do ISF, foram selecionados os 54 municípios baianos que representam as três cidades com as piores (Tabela 4) e as três cidades com as melhores (Tabela 5) médias do Indicador Sintético Final de cada um dos nove NRS da Bahia. Este cálculo foi baseado nos valores do Indicador Sintético Final dos quadrimestres de 2020 a 2022.

TABELA 4 – Municípios com as três piores médias do ISF, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre 2020 e 2022.

NRS	Cidade	Média do ISF	Habitantes (mil)	Cobertura da APS (%), 2022
Centro-Leste	IPIRÁ	3,5	59,3	62,51
	SERRA PRETA	3,48	14,5	100
	FEIRA DE SANTANA	3,36	624,1	69,77
Centro-Norte	UMBURANAS	4,86	19,6	70,92
	CENTRAL	4,57	17,3	100
	IBITITÁ	4,09	17	94,08
Extremo Sul	ITAMARAJU	3,81	64,4	88,59
	ITAPEBI	3,63	10,2	86,71
	BELMONTE	3,21	23,5	73,75
Leste	SANTO AMARO	2,71	60,2	76,14
	SALVADOR	2,57	2,9 milhão	54,84
	MADRE DE DEUS	1,95	21,8	92,58
Nordeste	ENTRE RIOS	4,06	42	80,76
	OLINDINA	3,9	28,3	66,2
	ARAMARI	3,12	11,5	86,58
Norte	UAUÁ	3,94	24	99,7
	JUAZEIRO	3,87	219,5	90,3
	CASA NOVA	2,96	73,1	76,23
Oeste	COCOS	4,46	18,8	85,36

	PARATINGA	4,44	32,3	90,77
	BREJOLÂNDIA	3,92	10,7	84,63
Sudoeste	IGUAÍ	4,3	27	63,45
	BOQUIRA	4,26	21,5	75,1
	CARINHANHA	3,94	29,1	79,42
Sul	DÁRIO MEIRA	3,64	10,3	86,25
	ITAJU DO COLÔNIA	3,12	6,5	77
	ILHÉUS	1,89	157,6	55,04

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, 2023d-f-g.

TABELA 5 – Municípios com as três melhores médias do ISF, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre 2020 e 2022.

NRS	Cidade	Média do ISF	Habitantes	Cobertura da APS
			(mil)	(%), 2022
Centro-Leste	TEODORO SAMPAIO	8,29	7,3	100
	NORDESTINA	7,28	13,2	96,94
	IAÇU	7,27	24	100
Centro-Norte	UIBAÍ	8,67	13,9	100
	AMÉRICA DOURADA	8,26	16,1	100
	PRESIDENTE DUTRA	7,96	15,2	100
Extremo Sul	CARAVELAS	7,7	22,2	100
	MUCURI	7,21	42,7	98,71
	IBIRAPUÃ	6,52	8,7	100
Leste	ITATIM	7,83	14,6	100
	JIQUIRIÇÁ	7,74	14,6	100
	CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	7,4	17,1	100
Nordeste	RIBEIRA DO AMPARO	8	14,6	100
	SÍTIO DO QUINTO	7,73	9,4	100
	NOVA SOURE	6,92	27	98,27
Norte	ABARÉ	8,4	20,5	87,49
	FILADÉLFIA	7,7	16,3	100

	ITIÚBA	7,69	36,1	97,38
Oeste	CORIBE	7,65	14,1	100
	BOM JESUS DA LAPA	7,44	70,5	100
	JABORANDI	6,89	8,2	100
Sudoeste	PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	9,26	12	100
	CORDEIROS	8,32	8,7	100
	ÉRICO CARDOSO	8,15	10,5	100
Sul	ALMADINA	8,14	5,3	100
	BARRA DO ROCHA	7,44	5,5	100
	PAU BRASIL	7,39	9,6	89,63

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, 2023d-f-g.

Em relação ao ISF, os três municípios do estado com os piores desempenhos são: Ilhéus (Sul), Madre de Deus e Salvador (as duas do NRS Leste). Já as três cidades que tiveram os melhores desempenhos foram: Presidente Jânio Quadros (Sudoeste), Uibaí (Centro-Norte) e Abaré (Norte). Na análise por NRS, destaca-se o Centro-Norte com quatro cidades com 100% de cobertura, dentre os seis municípios selecionados. Ademais, das nove Regiões da Bahia, a Leste detém o maior número de habitantes, a Oeste a maior área territorial e a Sudoeste o maior número de municípios (SESAB, 2021a).

Em relação ao quantitativo populacional, das 54 cidades selecionadas, cerca de 76% (41 municípios) detém menos de 30 mil municípios e, desta porcentagem, 56% (23 cidades) são destaques positivos na média dos indicadores ao longo dos últimos três anos (2020-2022). Já em relação as cidades com mais de 100 mil habitantes, foram selecionados quatro municípios, são eles: Ilhéus, Juazeiro, Feira de Santana e Salvador. Estas cidades estão entre as três piores médias do ISF no seu NRS.

Ainda sobre a análise populacional, vinte e três cidades têm 15 mil habitantes ou menos, e dezesseis delas estão com a média do ISF alta nos seus Núcleos Regionais de Saúde. Portanto, esses dados nos fazem perceber que os municípios com menor população são os que mais se destacam nos alcances dos melhores resultados dos indicadores, e as cidades com o número maior de habitantes têm maiores dificuldades em alcançar um ISF alto.

Ademais, dos vinte e sete municípios selecionados com as melhores médias do ISF, vinte e um deles (cerca de 78%) tiveram 100% de cobertura da APS e as outras seis cidades

estavam com cobertura superior a 85%. Entre as piores médias dos indicadores, apenas dois municípios, Central e Serra Petra, alcançaram a máxima cobertura. Ou seja, no total vinte e três cidades conseguiram 100% de cobertura da APS, sendo que vinte e duas delas têm menos de 30 mil habitantes, e o único município com 100% de cobertura da APS e com a quantidade alta de habitantes é Bom Jesus da Lapa, com 70,5 mil municíipes. Podemos concluir que a melhoria do ISF é influenciada por melhores coberturas da APS, porém 100% de cobertura não garante bons desempenhos no ISF.

Além disso, dos quatro municípios com mais de 100 mil habitantes, somente Juazeiro detém uma taxa maior de 85% de cobertura da APS, com 90,3%. Logo, o número de habitantes interfere na alta da cobertura, já que quanto menor o número de municíipes mais fácil de atingir o quantitativo máximo de cobertura territorial da APS, prova disso é que Salvador apresenta o percentual mais baixo dentre os municípios analisados, com 54,84%, e é o município que detém a maior população do estado da Bahia. Portanto, a alta cobertura da APS é um bom fator para determinar o desempenho, mas não é o crucial.

Por outra parte, Sellera (2022) evidenciou que 76,1% dos municípios brasileiros tiveram crescimento no número de cadastrados entre o final de 2019 e final de 2021. Através do seu estudo o autor comprovou que o incentivo da captação ponderada, através do PPB, influenciou o aumento da cobertura na APS. Entretanto, isso não significa uma relação direta com o alcance das metas dos indicadores de desempenho.

Então, inicialmente foi feita uma análise da seleção das três cidades com as melhores e das três cidades com as piores médias do ISF por cada NRS da Bahia, nos três primeiros anos completos da vigência do PPB, correlacionando com o quantitativo populacional de cada município e a porcentagem da sua cobertura da APS. Em seguida, foram incluídos os repasses financeiros, entre os anos de 2017 e 2022, de todos os 54 municípios selecionados, demonstrados na Tabela 6.

TABELA 6 – Repasses financeiros para a APS dos municípios selecionados, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre os anos 2017-2022.

Cidades	2017*	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*
NRS 1- NORTE						
ABARÉ	2,94	3,98	5,54	3,81	4,79	5,3
FILADÉLFIA	3,15	3,63	5,77	3,37	5,77	5,56

ITIÚBA	3,79	5,01	5,32	5,81	8,19	8,39
UAUÁ	2,6	4,06	5,13	4,62	6,55	7,88
JUAZEIRO	20,38	24,75	37,33	31,36	28,15	37,91
CASA NOVA	5,76	11,66	10,07	8,35	8,04	9,01
NRS 2- NORDESTE						
RIBEIRA DO AMPARO	1,96	3,37	3,06	2,58	3,15	4,2
SÍTIO DO QUINTO	1,9	2,11	2,72	1,93	3,09	3,41
NOVA SOURE	2,49	3,68	4,52	4,83	6,33	6
ENTRE RIOS	3,79	4,5	5,9	5,9	9,38	8,85
OLINDINA	2,38	4,08	3,01	3,3	5,77	5,55
ARAMARI	1,6	2,4	2,05	2,06	4,04	3,31
NRS 3- LESTE						
ITATIM	2,95	4,51	5,27	3,09	5,73	5,49
JIQUIRIÇÁ	1,45	1,94	3,48	3,61	4,76	4,5
CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	2,7	3,78	5,29	4,6	7,7	7,17
SANTO AMARO	5,23	7,3	8,76	7,7	7,68	10,89
SALVADOR	105,07	128,34	135,44	151,72	178,81	219,67
MADRE DE DEUS	1,65	2,5	2,93	2,92	3,41	2,54
NRS 4- SUL						
ALMADINA	1,26	1,42	1,86	1,62	2,3	1,93
BARRA DO ROCHA	0,79	1,57	1,25	2,42	2,12	2,47
PAU BRASIL	1,49	2,16	2,1	1,76	2,97	2,58
DÁRIO MEIRA	1,47	2,93	2,71	2,04	3,12	3,3
ITAJU DO COLÔNIA	0,95	1,4	1,64	1,34	2,4	2,25
ILHÉUS	10,7	16,19	16,84	12,27	22,27	17,75
NRS 5- EXTREMO SUL						
CARAVELAS	2,88	4,02	7,02	4,49	8,85	8,35
MUCURI	5,64	6,76	7,69	8,98	9,53	13,47
IBIRAPUÃ	1,1	1,95	1,53	2,15	2,76	3,83
ITAMARAJU	5,83	7	9,01	8,18	8,33	10,89
ITAPEBI	1,64	2,56	3,06	3,17	2,28	3,57
BELMONTE	2,61	3,45	5,64	3,61	4,25	3,82

NRS 6- SUDOESTE						
PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	2,88	3,62	3,96	4,9	4,08	4,89
CORDEIROS	1,78	2,65	2,18	3,21	3,11	3,56
ÉRICO CARDOSO	1,84	1,91	2,49	2,33	3,27	5,24
IGUAÍ	3,11	3,92	5,45	4,51	7,69	7,53
BOQUIRA	2,33	3	3,07	3,21	3,38	4,48
CARINHANHA	3	5,82	3,86	3,74	4,04	4,6
NRS 7- OESTE						
CORIBE	2,98	3,64	4,12	3,91	5,52	6,89
BOM JESUS DA LAPA	9,22	12,88	18,92	12,3	15,92	26
JABORANDI	1,81	2,8	3,25	2,06	3,47	2,78
COCOS	2,34	3,04	3,73	4,19	5	6,53
PARATINGA	2,87	4,45	5,36	6,36	7,34	9,13
BREJOLÂNDIA	1,64	3,64	3,02	2,11	3,12	2,12
NRS 8- CENTRO-NORTE						
UIBAÍ	2,7	3,52	3,34	3,29	5,87	5,87
AMÉRICA DOURADA	1,98	2,6	3,26	3,41	5,95	5,6
PRESIDENTE DUTRA	2,45	4,87	3,59	3,15	5,04	6,25
UMBURANAS	1,73	2,51	4,02	3,38	4,72	4,61
CENTRAL	1,41	3,87	2,16	3,12	4	5,32
IBITITÁ	2,22	3,78	4,44	4,17	5,68	4,97
NRS 9- CENTRO-LESTE						
TEODORO SAMPAIO	1,42	1,93	2,05	1,86	2,83	2,56
NORDESTINA	2,13	2,45	3	2,73	4,45	4,12
IAÇU	4,37	7,21	8	5,56	8,36	9,69
SERRA PRETA	2,5	4	3,31	2,85	3,82	7,06
FEIRA DE SANTANA	41,91	52,17	50,48	54,05	54,69	63,3
IPIRÁ	5,05	5,69	7,46	6,53	11,04	13,5

*valores em milhão(ões) de reais.

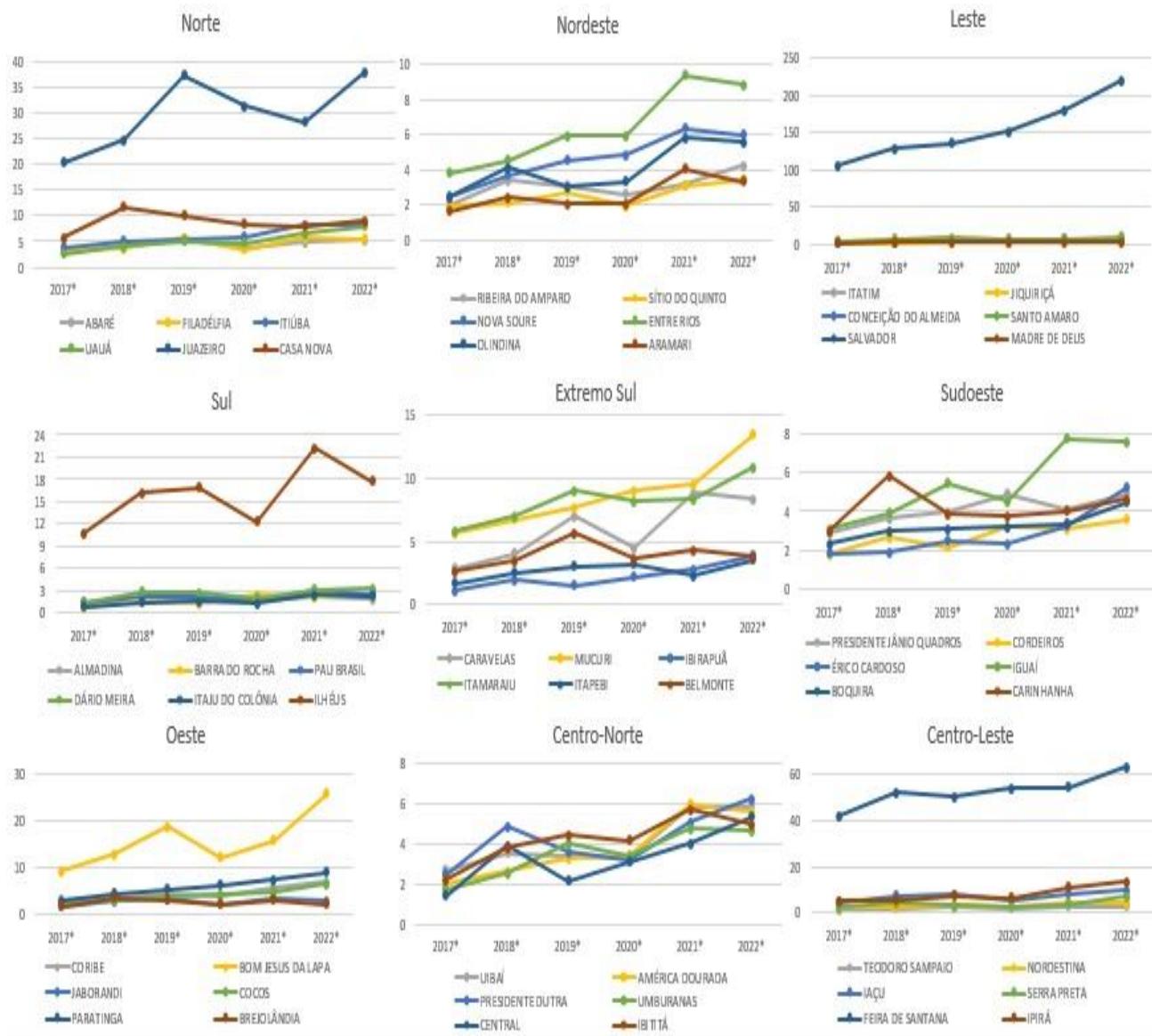
Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, 2023c.

Os resultados demonstram que dos 54 municípios selecionados, 64% (35 cidades) tiveram perda de recursos financeiros entre 2019 e 2020, o último ano antes do PPB e o primeiro

ano de sua implementação, respectivamente. Apenas o município de Entre Rios manteve-se com a mesma aplicação financeira nesse período, com 5,9 milhões nos dois anos. Já na comparação entre 2019 e 2022, quarenta e sete cidades (87%) aumentaram os recursos financeiros na APS. Ou seja, o impacto financeiro foi grande no primeiro ano do PPB, mas depois os municípios conseguiram aumentar o montante dos recursos financeiros recebidos para a APS. A flexibilização do programa através de publicações de portarias para amenizar e amortecer os prejuízos podem ter contribuído para esse processo.

Em relação à análise por Região de Saúde, nenhum dos Núcleos teve mais do que 50% dos municípios com bons desempenhos em relação às variações financeiras entre os anos 2019 e 2020, sendo os NRS do Sul e do Centro-Leste os mais impactados, com apenas uma cidade de cada obtendo ganhos de recursos, são elas: Barra do Rocha e Feira de Santana, respectivamente. Já na comparação entre os anos de 2019 e 2022 tanto os municípios com os piores como os municípios com os melhores desempenhos de cinco Núcleos Regionais de Saúde aumentaram as finanças para a APS, as regiões são: Nordeste, Sul, Sudoeste, Centro-Norte e Centro-Leste. Entretanto, o NRS Norte teve o pior desempenho financeiro, com metade das cidades selecionadas perdendo recursos nesse mesmo período. Esse fato constata que o PPB trouxe uma variação financeira positiva para a maioria dos NRS da Bahia, em comparação ao antigo PAB fixo e variável, mas que ainda provoca instabilidade financeira para alguns municípios (conforme Gráfico 2).

GRÁFICO 2 – Variações financeiras da APS dos municípios selecionados por NRS da Bahia, entre os anos 2017-2022.



Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, 2023c.

*valores em milhões de reais

Nesse contexto, os repasses para o financiamento da APS na Bahia passaram de 2,15 bilhões de reais em 2019 para 2,05 bilhões em 2020, tendo uma queda de 5%, contrastando com o aumento dos anos anteriores, que foi de 1,4 bilhões em 2017 e 2 bilhões em 2018. Já em 2021 esta cifra saltou para 2,7 bilhões, tendo um aumento de cerca de 26% em relação ao ano anterior, e em 2022 foi para 3 bilhões, o que representa um incremento de 10% em comparação a 2021 (Brasil, 2023c). Logo, o resultado dessa perca de recurso em 2020 fez despertar ações por parte dos gestores municipais, no sentido de aumentar o número de cadastros e melhorar os indicadores, com a perspectiva de alcançar uma melhor arrecadação para a APS. Aliado a isso,

foi publicada a Portaria 166 (Brasil, 2021) com regras de incentivos financeiros para amenizar os impactos desses recursos na Atenção Básica.

Ademais, dos dezoito municípios (cerca de 33%) que aumentaram os repasses na APS entre 2019 e 2020, metade deles estavam com os indicadores baixos e a outra metade com os índices altos. Portanto, a variação da perda e ganho dos recursos financeiros pelo indicador de desempenho não foi tão determinante para a Atenção Primária à Saúde. Como exemplo temos os municípios de Madre de Deus e Presidente Jânio Quadros, o primeiro saltou de uma nota de 0,43 no quadrimestre 1 (q1) de 2020 para 4,01 no terceiro quadrimestre (q3) de 2022, e a segunda cidade partiu de 7,92 no q1 de 2020 para 10, a nota máxima, no q3 de 2022, e mesmo assim ambas perderam recursos financeiros entre 2020 e 2022. Madre de Deus teve uma variação negativa de 13%, partindo de 2,92 milhões e caindo para 2,54, e Presidente Jânio Quadros perdeu menos de 1%, de 4,90 para 4,89 milhões. Por esse motivo, os aumentos significativos dos indicadores de desempenho deveriam aumentar a arrecadação para a APS, mas não foi o que aconteceu, pois ele não é o principal fator determinante para o financiamento.

Outrossim, os repasses financeiros para a APS, em 2020, eram feitos em dois blocos: o de “Manutenção das Ações e Serviços de Saúde”, para os custeos das despesas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, prestação dos serviços e para as atividades administrativas, o que representava o bloco com a maior dotação orçamentária; e uma verba muito mais baixa para a “Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde”, que seriam os investimentos de ampliação, melhorias e construções das USF (Brasil, 2020f). Então, a partir de 2021, os maiores repasses financeiros ficaram concentrados no bloco de Manutenção, composto pela captação ponderada, que representava a maior parte do orçamento, seguido das transferências para o pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde, para as ações estratégicas e para os indicadores de desempenho (Brasil, 2023c).

Logo, em meio a flexibilização do PPB, este programa aumentou os repasses financeiros para a AB da maioria dos municípios baianos, em especial pelo aumento dos cadastros. Porém, ainda é necessário melhorar o acesso às USF e, consequentemente, ampliar o vínculo do indivíduo, sua família e comunidade com a equipe de saúde. Assim, todos esses fatores perpassam por maiores investimentos financeiros para a APS, além de uma melhor qualificação dos profissionais de saúde e também dos gestores municipais.

5.2 Os desafios e os avanços a partir do PPB na opinião dos Secretários Municipais de Saúde.

Do total de Secretários Municipais de Saúde da Bahia que receberam o questionário, 26 responderam de maneira completa todas as perguntas, representando oito dos nove Núcleos Regionais de Saúde existentes, com predomínio do Sul, Centro-Leste e Nordeste (Tabela 7). Cabe ressaltar que houve uma baixa quantidade de gestores municipais que responderam ao questionário, mesmo com diversas tentativas durante três meses. Os secretários foram convidados pessoalmente por meio da participação presencial nas reuniões mensais do COSEMS-BA (Apêndice C), nesses encontros foi distribuído um QR Code que dava acesso ao formulário eletrônico. Ademais, foram enviados semanalmente e-mails individuais e foram efetuadas ligações telefônicas de acordo com os números disponíveis no site do COSEMS-BA, sendo que alguns estavam desatualizados.

Entretanto, esta pesquisa conseguiu atingir quase todos os NRS da Bahia pelas 26 cidades alcançadas, faltando só a representação da região Norte. Em suma, apenas três secretários dos municípios selecionados na primeira fase desta pesquisa responderam ao questionário de maneira completa: P40, P69 e P72, sendo que dois deles são gestores das cidades que estão entre as piores médias do ISF.

TABELA 7 –Quantitativo de Secretários Municipais de Saúde, participantes por NRS da Bahia.

	NRS	(n)	(%)
Centro-Leste	5	19,2	
Centro-Norte	3	11,5	
Extremo Sul	1	3,9	
Leste	2	7,7	
Nordeste	5	19,2	
Norte	0	0	
Oeste	2	7,7	
Sudoeste	2	7,7	
Sul	6	23,1	
TOTAL	26	100	

Fonte: Elaboração própria a partir das respostas do questionário (2023).

Dentre os 26 secretários que responderam à pesquisa, a idade média foi de 45 anos, o mais jovem com 31 e o mais velho com 78 anos, sendo que 62% são mulheres e 80,8% se consideram da cor parda ou preta. No quesito profissão, é importante destacar a enfermagem na gestão municipal com 34,6% dos secretários, além disso 53,9% referiram que detém pelo

menos uma especialização na área de saúde. Já em relação ao ano de início na função de Secretário de Saúde, a metade dos respondentes ingressaram a partir do ano de 2020, já com a implementação do PPB, e 38,5% alcançaram a vigência do antigo e atual método de financiamento da AB, considerando que 62% disseram estar na primeira experiência como gestor municipal da saúde. Ademais, 73% afirmaram não possuir filiação partidária, e dos que possuem houve uma distribuição diversa dentre os partidos existentes, sem supremacia para alguma sigla específica (Tabela 8).

TABELA 8 – Perfis dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia participantes da pesquisa.

VARIÁVEIS	(n)	(%)
Gênero		
Homem Cis	10	38
Mulher Cis	16	62
Raça/Cor		
Branco	5	19,2
Pardo	17	65,4
Preto	4	15,4
Nível de Formação		
Graduação	9	34,6
Especialização	14	53,9
Mestrado	3	11,5
Profissão		
Enfermeiros	9	34,6
Médicos	4	15,4
Outra profissão de saúde	9	34,6
Não profissional da saúde	4	15,4
Ano do início da gestão		
Antes de 2017	1	3,9
2017-2019	9	34,6
2020-2022	13	50
2023	3	11,5
Já havia sido secretário?		
Sim	10	38
Não	16	62
Possui filiação partidária?		
Sim	7	27
Não	19	73
TOTAL		26 100

Fonte: Elaboração própria a partir das respostas do questionário (2023).

Em relação às respostas abertas sobre as principais dificuldades para a implementação do Programa Previne Brasil, os secretários relataram que enfrentaram situações como: a falta de qualificação dos profissionais de saúde e dos técnicos de informática, a falta de ACS em

algumas áreas, a má qualidade dos registros, a duplicidade dos cadastros e a ausência do Prontuário Eletrônico.

“As principais dificuldades que tivemos, primeiramente, foi com relação ao registro dos atendimentos, percebemos que nossas equipes realizavam os atendimentos, porém não atingíamos aos denominadores. Quando começamos a higienizar nosso sistema de informação, unificando cadastros e reduzindo os denominadores, aí que conseguimos atender as pessoas necessárias e realizar o registro correto e direcionado para atingir os indicadores” (P11).

Essas situações vão além do PPB, sendo uma demanda histórica, e refletem a necessidade do fortalecimento de ações na APS, como: a educação permanente e a informatização. Além disso, houve uma evidência dos efeitos da última PNAB, que deixou a critério dos gestores municipais a inclusão do ACS na composição mínima da eAP.

“A maior dificuldade foi capacitar os profissionais, mas depois que capacitamos melhorou” (P47).

Outras dificuldades mencionadas estão relacionadas a estrutura da USF, como na instabilidade da corrente elétrica e da internet, situações que acontecem com maior frequência nas zonas rurais.

“[as dificuldades] partem da estrutura no que diz respeito à internet, pela oscilação, pois a maioria das unidades estão na zona rural [...]” (P62).

Ademais, outros secretários relataram a falta de materiais, de insumos e de equipamentos, justificado por um financiamento insuficiente, além disso, sinalizaram que as regras do Programa Previne Brasil são complexas de entender.

“Inicialmente, o Previne se apresentou muito complexo, de difícil entendimento para todos, impondo cálculos absurdos e incomprensíveis. Segundo, faltou empolgação por parte da equipe técnica, que também desconhecia o como operacionalizar a população adjacente, rural... e os cálculos. Chegou programa novo, mas recursos insuficientes, até hoje” (P27).

“Falta de clareza na distribuição de recursos e pouca ferramenta de trabalho nos municípios” (P50).

Esses relatos foram confirmados pelas respostas na pergunta fechada sobre os níveis de influência de algumas situações que se apresentaram como dificultosas para a implementação do PPB, escolhendo entre: muito; pouco; ou indiferente. Os gestores municipais da saúde responderam que a duplicidade no cadastro dos usuários, a ausência de informatização e a baixa qualidade dos registros nos prontuários foram os principais obstáculos que tiveram um alto nível de interferência na implementação do Programa Previne Brasil (Tabela 9), todos estes relacionados com a transição tecnológica.

TABELA 9 – Dificuldades para a implementação do Programa Previne Brasil, segundo Secretários Municipais de Saúde da Bahia.

DIFICULDADES	Interferências (%)		
	Pouca	Indiferente	Muita
Baixa cobertura territorial	54	23	23
Duplicidade no cadastro dos usuários	27	11	62
Ausência de informatização	34	8	58
Cartão do SUS desatualizado	42	16	42
Insuficiência de profissionais	46	31	23
Baixa qualidade dos registros nos prontuários	27	11	62

Fonte: Elaboração própria a partir das respostas do questionário (2023).

Já em relação aos aspectos positivos do PPB, a maior parte dos secretários fizeram referência à importância do monitoramento das ações da APS, que é realizada de forma periódica e que permite acompanhar a produtividade dos profissionais e das equipes.

“Possibilidade de acompanhamento das ações propostas e os resultados obtidos” (P20).

Segundo os relatos, esse novo programa foi satisfatório por direcionar o foco nas ações preventivas e por conseguir um melhor conhecimento dos usuários por parte da eSF.

“Com o previne despertamos o olhar para melhoramos as ações preventivas da APS” (P11).

Foi reconhecido também um aspecto relacionado com a melhoria da equidade, associando o aumento do financiamento com os atendimentos as populações vulneráveis. Por fim, outros secretários referiram que houve evolução nos registros dos prontuários.

“O empenho dos profissionais em melhorar os índices do Programa Previne Brasil e o incentivo dado pelo governo federal faz a Atenção Básica acontecer de fato. As equipes buscam melhorar a qualidade dos cadastros e otimizar a assistência aos usuários” (P70).

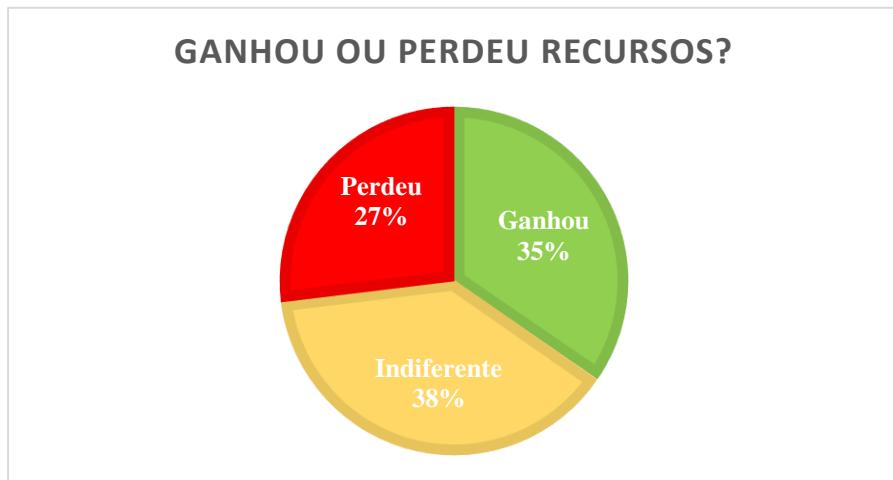
Ademais, nessa pergunta sobre os aspectos positivos do PPB, dois secretários chamaram a atenção por abordar pontos negativos do programa, como na necessidade da adequação dos indicadores de desempenho e na insuficiência dos recursos.

“Para os municípios pequenos essa nova forma de financiamento da AB não há pontos positivos [...] os recursos sempre são insuficientes” (P40).

No aspecto financeiro, relacionado às perdas e ganhos após a implementação do PPB, 35% dos secretários mencionaram que houve um salto positivo nas finanças da APS (Gráfico 3). Entretanto, 38% relataram uma indiferença na alteração dos recursos financeiros e 27%

perceberam perdas, o que representa uma variação bem equilibrada e uma realidade ainda incerta no orçamento da Atenção Básica.

GRÁFICO 3 – Percepção da variação dos recursos financeiros para a Atenção Básica a partir do Programa Previne Brasil, segundo os Secretários Municipais de Saúde da Bahia.



Fonte: Elaboração própria a partir das respostas do questionário (2023).

Os secretários confirmaram que, inicialmente, houve perda de recursos motivados pelas inconsistências das informações e a complexidade do cálculo financeiro, mas que, posteriormente, com o comprometimento da equipe e com o planejamento das ações para o alcance das metas, houve avanços. Entretanto, essa evolução após o PPB não é uma unanimidade, é sabido que as dificuldades imperam, pois existem problemáticas crônicas desde o surgimento do SUS. Prova disso, foi a sucessiva publicação de normas técnicas e portarias pelo MS, tentando dar maior coerência ao PPB, assim como diminuir seus efeitos negativos, como foi apresentado no Quadro 2 sobre a legislação federal relacionada ao financiamento da APS no Brasil.

“O Previne foi imposto aos municípios. Não me recordo de nenhum diálogo antes da implantação. Estou Gestora há 23 anos e nunca presenciei tempo farto para a APS. O Previne trouxe a ilusão de que os municípios receberiam valores substanciais. Os municípios, ainda os que ganharam recursos, perderam, pois, as ações foram desordenadas, conflituosas e abalaram substancialmente os trabalhadores e trabalhadoras da saúde” (P27).

Como estratégias de superação para os desafios intensificados pelo PPB, os secretários relataram que fizeram as revisões dos cadastros, expandiram as coberturas assistenciais, realizaram o planejamento das ações, contrataram assessoria técnica, investiram em equipamentos e informatizaram os dados. Além disso, outras estratégias foram citadas e

intensificadas, como: a realização de reuniões regulares com a equipe, a capacitação dos profissionais e até mesmo incentivos financeiros para os mesmos.

Nesse sentido, como a captação ponderada é a maior fonte orçamentária para a AB, foi necessário investir nos sistemas de informatização, como os tablets ofertados aos ACS para ampliar o número de cadastrados e também qualificar os dados dos usuários, mantendo-os atualizados e sem duplicação. Além disso, a educação permanente dos profissionais de saúde foi muito importante, por meio de cursos, palestras e treinamentos voltados a repassar as informações que esse novo programa demandava para uma melhor assertividade assistencial, que se reflete na melhoria dos resultados dos indicadores de desempenho.

“[as ações estratégicas foram] a contratação de um profissional para monitorar esses indicadores diariamente, as atualizações do programa com frequência, a informatização de todas as unidades de saúde, as atualizações dos cadastros dos pacientes e a tentativa de tratar as inconsistências diariamente” (P49).

Essas respostas estão correlacionadas com as ações adotadas na gestão dos secretários, e as principais delas são: a informatização das USF, o maior investimento na qualificação profissional, a atualização dos cadastros dos usuários e a melhoria no registro dos prontuários. Portanto, mais do que aumentar a cobertura da APS, um efeito importante após a implementação do PPB foi a melhoria dos processos de informatização por parte dos municípios, analisados quadrimensalmente pelo Ministério da Saúde, dando agilidade ao processo de monitoramento.

Dessa forma, é notório que o monitoramento dos dados foi o principal foco dos municípios, já que o PPB reduziu o tempo dessa avaliação, agora a cada quatro meses e antes bienal com o PMAQ-AB. Entretanto, os números gerados, muitas vezes, não representam a realidade da qualidade assistencial do município, e a ampliação do número de cadastrados não significa melhoria do acesso aos serviços de saúde e nem mesmo a garantia da equidade, como já chamavam a atenção Melo et al. (2019) e Morosini, Fonseca e Baptista (2020). Outrossim, o PPB não tem avaliação externa e não considera as opiniões de profissionais da APS e de usuários da ESF.

Por fim, os secretários relataram desordem e falta de participação nas decisões iniciais para a implementação do PPB no seu primeiro ano de vigência, em 2020, período mais desafiador, sobretudo em meio a pandemia da COVID-19. Assim, a partir do Previne Brasil, os municípios alcançados com este estudo tiveram perda financeira logo após a implementação deste novo programa, mas se recuperaram, em sua maioria, com as estratégias de superação adotadas. Contudo, os recursos financeiros ainda se mostram insuficientes. Em síntese, os

secretários destacaram o empenho da eSF em meio as dificuldades e a necessidade da informatização da USF, com um maior investimento em tecnologias e no SIS, de modo que se tenha um melhor alinhamento, qualidade e atualização das informações lançadas nos sistemas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é o nível de cuidado mais resolutivo para o SUS, priorizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, além de ser fundamental no diagnóstico oportuno e no tratamento com qualidade dos principais agravos em saúde. Dessa forma, o financiamento público para este nível de atenção deveria ser prioritário. Todavia, o subfinanciamento é um problema crônico desde o surgimento do SUS.

Assim, ao longo do tempo, diversos programas e normas legislativas surgiram como alternativas para a destinação de receitas orçamentárias, o mais recente deles é Previne Brasil que mudou a forma de financiamento da APS. Este programa substituiu o PAB fixo e variável, extinguiu o NASF, favoreceu a ampliação das investidas da iniciativa privada e inseriu indicadores com aspectos quantitativos em oposição ao PMAQ-AB, que considerava o acesso e a qualidade. Além disso, o PPB surgiu com a expectativa de aumentar os repasses financeiros para os municípios, mas detém um modo operacional complexo.

Outrossim, a PNAB (2017) atualmente vigente foi a propulsora deste processo e, desde então, a formulação de políticas relativas a Atenção Básica ficaram restritas ao Ministério da Saúde, sem considerar a participação do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, as mudanças na alocação dos recursos para a APS ficaram focalizadas no pensamento “SUS para o pobre”. Dessa forma, a universalidade da assistência ficou ainda mais ameaçada, já que a amplitude do cadastro dos usuários tornou-se a maior fonte de arrecadação financeira.

Com o PPB os indicadores da saúde têm um viés meramente produtivista e pouco empático com as realidades locais, pois não considera as vastas diferenças encontradas nos municípios brasileiros. Assim, é necessário um olhar atento para a satisfação populacional e profissional, indo além dos aspectos quantitativos e considerando a qualidade assistencial. Logo, a Bahia como um polo bem característico de um Brasil plural sofreu os efeitos do PPB, evidenciados por períodos de perdas e ganhos de recursos financeiros para APS, tanto para os municípios com os piores, como para os municípios com os melhores ISF.

Nesta pesquisa identificamos que o principal aspecto que define os repasses financeiros é a captação ponderada, e que os maiores valores do ISF não significam um aumento do orçamento para a APS. Ademais, os municípios com menos habitantes obtiveram melhores resultados nos indicadores, mas, de modo geral, todos os municípios que iniciaram com o ISF

baixo, em 2020, melhoraram seu desempenho nos anos subsequentes. Entretanto, essa evolução não significou necessariamente uma melhoria na qualidade assistencial, já que esta estimativa limita-se a números.

No final do terceiro ano completo da vigência do Programa Previne Brasil, apenas 13% das cidades baianas analisadas tiveram diminuição no orçamento da APS em comparação ao último ano em que foi utilizado o PAB fixo e variável. Em suma, pela análise dos valores recebidos pelos municípios, foi possível identificar que as portarias para flexibilizar o PPB e para amenizar seus efeitos negativos foram essenciais para conter as perdas de recursos e, em sua maioria, trouxeram ganhos financeiros para as cidades. Entretanto, esse aumento ainda é insuficiente para solucionar a cronicidade do subfinanciamento do SUS, além de que não considera condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas dos diferentes municípios e regiões, como sinalizado por Teles, Coelho & Ferreira (2017).

Em relação à visão dos Secretários Municipais de Saúde, apesar da baixa adesão à pesquisa, foi possível identificar as principais dificuldades para a implementação do PPB, que estão associadas a complexidade das regras do programa, a falta de qualificação dos profissionais de saúde e de informática, a ausência de ACS nos territórios e aos aspectos relacionados com a transição tecnológica, que envolvem a duplicidade de cadastros, a má qualidade dos registros e a falta do prontuário eletrônico. Além disso, a instabilidade da energia elétrica e da internet, e a falta de materiais, insumos e equipamentos nas USF foram outros entraves relatados com a vigência do Programa Previne Brasil.

Na percepção dos gestores municipais, houve equilíbrio nas perdas e ganhos dos recursos financeiros para a APS, o que representa uma realidade ainda incerta sobre o Programa. Como estratégias de superação aos desafios citados, os secretários municipais de saúde investiram na revisão dos cadastros, no aumento da cobertura da ESF, no planejamento de ações, na contratação de assessoria técnica e na informatização dos dados. Em relação ao processo de trabalho, as reuniões regulares com a equipe e as capacitações com os profissionais foram outras estratégias adotadas.

É sabido que os maiores repasses financeiros se concentram na MAC e no bloco de manutenção do FNS, sendo necessário mudar essa lógica de financiamento para que se tenha de fato investimentos em informatização das USF, na educação permanente dos profissionais, na atualização dos SIS e em políticas públicas eficientes. Levando em consideração o aspecto histórico do subfinanciamento do SUS e da APS, o Previne Brasil não mostra ser um programa

resolutivo para esta problemática. Contudo, como aspecto positivo, é importante evidenciar a maior eficiência no monitoramento dos indicadores, que permite aos gestores acompanhar mais de perto os processos de trabalho da USF e implementar estratégias de melhorias.

Em suma, as principais lacunas deste estudo fazem referência ao fato de não termos conhecido as visões de todos os secretários dos municípios selecionados na fase um dessa pesquisa, com as melhores e as piores médias do ISF. Porém, tivemos uma pequena mostra de gestores municipais que nos permitiu ter elementos adicionais para compreender os efeitos do PPB.

Portanto, os achados dessa pesquisa confirmam a necessidade de ampliar o financiamento da APS e, consequentemente, a informatização, a qualificação dos profissionais da saúde e também dos gestores municipais, confirmando a importância da educação permanente. Ademais, ainda é necessário sanar a existência de problemas estruturais na USF relacionados à falta de equipamentos, materiais e insumos, além da instabilidade elétrica e na internet, que dificultam as ações, principalmente nas zonas rurais. Assim, investir na Atenção Primária à Saúde deveria ser uma prioridade em um Sistema Único de Saúde, ofertando maior resolutividade e qualidade assistencial, reduzindo o alto custo da MAC e angariando retorno financeiro a médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Saúde Coletiva – Futuros Possíveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar. Ministério da Saúde - MS. ANS Tabnet. **Informações em Saúde Complementar**. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def>. Acesso em: 16 maio 2023.

AQUINO, R. et al. Estratégia de Saúde da Família – Evolução do Modelo de Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

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

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. Casa Civil. 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**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. **Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, jan. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, maio de 1993.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996. **Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 25 de outubro de 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Aprovar a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, nov. 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. **Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, dez. 1997.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 14 de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 29 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.645 de 01.10.2015).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.089, de 28 de maio de 2012. **Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. **Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 18 de março de 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF** [recurso eletrônico]. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf>. Acesso em: 19 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2015c.

BRASIL. Casa Civil. 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] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 15 de dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.992, de 28 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 21 de setembro de 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. **Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 27 set. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 13 de novembro de 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 11 dez. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 19 dez. 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS):** versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Brasília-DF:MS, 2020a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saud_e_gestores_completa.pdf>. Acesso em: 22 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020.** Brasília-DF: MS, 2020b.

Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020. **Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da captação ponderada do Programa Previne Brasil.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 31 jan. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 31 jan. 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.713, de 6 de outubro de 2020. **Dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 07 out. 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 24 de abril de 2020f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 29 jan. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. **Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 22 dez. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. DATASUS. Tabnet. Estatísticas Vitais. **Mortalidade – desde 1996 pela CID-10.** Brasília, DF: MS, 2022b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ba.def>>. Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. DATASUS. Tabnet. Rede Assistencial. **CNES – Estabelecimentos.** Brasília, DF: MS, 2022c. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 26, de 7 de janeiro de 2022. **Estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, e o valor do incentivo financeiro.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2022d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Nota Técnica nº 12/2022.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_12.pdf>. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Componentes do financiamento da Atenção Primária.** Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2022f. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/>>. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Casa Civil. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. **Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do caput e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 31 ago. 2023a.

BRASIL. Controladoria-geral da União. **Portal da Transparência.** Brasília – DF, 2023b. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/funcoes/10-1saude?ano=2022>>. Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde - FNS. **Repasses Fundo a Fundo.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html>. Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde. **Cobertura da Atenção Primária PNS 2020-2023.** Brasília, DF: MS, 2023d. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps>. Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 74, de 9 de fevereiro de 2023. **Estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2023, no âmbito do financiamento da Atenção Primária à Saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 10 fev. 2023e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Painéis de indicadores: Atenção Primária à Saúde. **ISF – Indicador Sintético Final**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023f. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/isf>>. Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. **Indicadores de Desempenho**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023g. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 maio 2023.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CARLSTRON, P. T. **O "PROGRAMA PREVINE BRASIL" E SEUS IMPACTOS NO FINANCIAMENTO DA USF JARDIM DENADAI NO MUNICÍPIO DE SUMARÉ**. 2020. 12 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/26331>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

CARVALHO, G. FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NO PÓS-CONSTITUCIONAL DE 88. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.39-51, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/539/1524>>. Acesso em: 17 set. 2023.

COELHO, T. C. B. Magnitude dos gastos em saúde, evolução e impacto social. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. C.; FERREIRA, M. P. S. (orgs.). **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana-BA: UEFS Editora, 2016. p. 15-29.

COELHO, T.C.B. et al. Financiamento da Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2^a ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

COELHO, T.C.B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1^a ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **PROJETO DE PESQUISA: MÉTODOS QUALITATIVO, QUANTITATIVO E MISTO**. 5^a ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

ESCOREL, S. HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE 1964 A 1990: DO GOLPE MILITAR À REFORMA SANITÁRIA. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 323-363.

- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul.-set. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/zHcFZ3yXkMj8LMcC44mBzdm/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2023.
- FLEURY, S. Capitalismo, democracia, cidadania - contradições e insurgências. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial 3, p. 108-124, nov. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ntGj7pCwDCdsS7spgymPMQf/?lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- FLEURY, S; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 23-64.
- FLICK, U. **Desenho de pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.
- FLICK, U. **Introdução à Metodologia da Pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013. 256 p.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(8):e00029818, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt#>>. Acesso em: 17 set. 2023.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.
- HARZHEIM, E. et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 02, p. 609-617, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>>. Acesso em: 29 maio 2022.
- 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://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>>. Acesso em: 29 maio 2022.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>>. Acesso em: 16 maio 2023.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conta-Satélite de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101928>>. Acesso em: 16 maio 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102000>>. Acesso em: 16 maio 2023.

JESUS, W. L. A. et al. Planejamento em Saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde. In: JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 61-77.

Contandriopoulos, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A., org. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

LOBATO, L. V. C. GIOVANELLA, L. SISTEMAS DE SAÚDE: ORIGENS, COMPONENTES E DINÂMICA. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 89-120.

LOBATO, L. V. C. Políticas Sociais e Modelos de Bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n. especial, p. 87-97, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nQMPVrcwR3ZH3FgyBkbdsNS/?lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. Suppl. 2, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>>. Acesso em: 01 out. 2022.

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: 29 maio 2022.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n°. especial 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 jan. 2022.

MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 137-144, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5ftgSYH5bsBBJpbxR7L5RN/?lang=pt#>>. Acesso em: 09 jul. 2022.

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**, 38(2):e00164621, 2022. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1655/analise-critica-sobre-a-implantacao-do-novo-modelo-de-alocacao-dos-recursos-federais-para-atencao-primaria-a-saude-operacionalismo-e-improvisos>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

MENDES, K. M. C.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo programa Previne Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e37011125018, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25018. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25018/21975>>. Acesso em: 08 jul. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. 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? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. Acesso em: 29 maio 2022.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>>. Acesso em: 01 out. 2022.

PAIM, J. Planejamento em Saúde para não especialistas. IN: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 2012a. p.767-782.

PAIM, J. S. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012b. p. 459-491.

PAIM, J. S. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: **CONASS Debate**: o futuro dos sistemas universais de saúde/ Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros – Brasília, CONASS, 2018. p. 66-78. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. especial, 2006. p. 73-78. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/#>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

PASSOS, C. et al. **Legislação do SUS: Saúde Pública e Epidemiologia para concursos e residências**. Edição atualizada. João Pessoa, PB: Brasileiro & Passos, 2021.

PAULINO, K.C. et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p. 5362-5372, jan. 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/23172/18614>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23; n. 6. p.1903-1913, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt#>>. Acesso em: 17 set. 2023.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da Pesquisa**. 5^a ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SELLERA, P. E. G. **INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA (PROGRAMA PREVINE BRASIL): IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 2022. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2022.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. especial 4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>. Acesso em: 29 maio 2022.

SESAB. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB. **Indicadores de Desempenho (ATUALIZADOS COM INFORMAÇÕES ATÉ O 1º QUADRIMESTRE DE 2023)**. Bahia: SESAB, 2023a. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>>. Acesso em: 16 set. 2023.

SESAB. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB. **Indicadores de Saúde na Atenção Básica (ATUALIZADOS COM INFORMAÇÕES ATÉ DEZEMBRO DE 2022)**. Bahia: SESAB, 2023b. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>>. Acesso em: 17 set. 2023.

SESAB. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Bahia: SESAB, 2021a. Disponível em: <<https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha%20-%20PDR%202021.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2023.

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório Anual de Gestão - RAG**. Bahia: SESAB, 2021b. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/RAG_2021.pdf>. Acesso em: 14 maio 2023.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26 (supl. 2), p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>>. Acesso em: 29 maio 2022.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A., SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, jul. 2005. p. 15-39.

SOARES, C. S. et al. DEBATE ACERCA DO NOVO FINANCIAMENTO DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS)**, Belo Horizonte – MG, vol. 18, n. 2, p. 41-54, jun. 2021. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6827>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde – População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

SOUZA, L. E. P. F.; LÍGIA, B. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 49-68.

STARFIELD, B. Atenção primária e Saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. cap. I, p. 19-98. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA. L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal da Sociedade Brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 121-137.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 457-470, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711309>>. Acesso em: 01 out. 2022.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. DETERMINANTES E DESIGUALDADES SOCIAIS NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 183-206.

UGÁ, M. A.; PORTO, S. M. P.; PIOLA, S. F. FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE NO BRASIL. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 395-425.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 59-87.

WEBER, Max. Tipos de “Luta de Classe”. In: GERTH, H. H.; WRIGHT MILLS, C. (org.). **Ensaios de Sociologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. – LTC, 1982. p. 216-218.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário para os Secretários de Saúde dos Municípios do Estado da Bahia.

LINK: <https://redcap.link/PrevineBrasilBahia>

Identificação

- Nome: _____
- Telefone (DDD 9xxxx-xxxx): _____
- Idade (anos): _____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Gênero: () Homem cis () Homem trans () Mulher cis () Mulher trans () Não-binário
- Raça: () Branco(a) () Pardo(a) () Preto(a) () Indígena () Amarelo(a)
- Nível de formação:

() Ensino fundamental () Ensino médio completo () Graduação () Especialização
() Mestrado () Doutorado
- Profissional de Saúde? () Não Enfermeiro(a) () Médico(a) () Dentista () Outro
- Qual a sua qualificação profissional? _____
- Em qual município você é atualmente Secretário de Saúde?

- Em qual ano você iniciou sua gestão atual como Secretário neste município?
() antes de 2017 () 2017 () 2018 () 2019 () 2020 () 2021 () 2022 () 2023
- Você já havia sido Secretário de Saúde neste ou em outro município?
() Sim () Não
- Possui filiação partidária?
() Sim () Não
Qual partido? _____

Questões sobre o Programa Previne Brasil

- Segundo sua opinião, quais foram as principais dificuldades para a implementação do Programa Previne Brasil na sua gestão municipal?
- As seguintes situações dificultaram a implementação do Programa Previne Brasil na sua gestão municipal?
 - a. Baixa cobertura territorial () Pouco () Indiferente () Muito
 - b. Duplicidade no cadastro dos usuários () Pouco () Indiferente () Muito

- c. Ausência de informatização () Pouco () Indiferente () Muito
- d. Cartão do SUS desatualizado () Pouco () Indiferente () Muito
- e. Insuficiência de Profissionais () Pouco () Indiferente () Muito
- f. Baixa qualidade dos registros nos prontuários () Pouco () Indiferente () Muito
- Segundo sua opinião, quais são os pontos positivos do Programa Previne Brasil?

 - Com o Programa Previne Brasil o seu município ganhou ou perdeu recursos financeiros para a Atenção Básica? () Ganhou () Perdeu () Indiferente () Não sei
 - Na sua opinião quais foram os motivos para essa perda/ganho de recursos financeiros com o Programa Previne Brasil?

 - Quais são as estratégias que foram adotadas na sua gestão municipal para superar os desafios pela implementação do Programa Previne Brasil? Citar como.
 - Quais as estratégias que foram adotadas na sua gestão municipal para superar os desafios impostos pela implementação do Programa Previne Brasil? Cite-as.
 - () Contratação de profissional específico
 - () Informatização das Unidades de Saúde da Família
 - () Fortalecimento da qualificação profissional
 - () Melhoria no registro dos prontuários
 - () Atualização dos cadastros dos usuários
 - () Ampliação da cobertura territorial
 - () Nenhuma das anteriores

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia.

Efeitos no financiamento da Atenção Primária à Saúde a partir do Programa Previne Brasil na Bahia, entre 2017 e 2022 Caso concorde em participar voluntariamente deste estudo, você deverá selecionar a opção "aceito" logo abaixo e em seguida "próxima página".

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Eu, Júlio César Rabêlo Alves, mestrando em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), estou analisando os efeitos do Programa Previne Brasil, nos municípios do Estado da Bahia, por meio de um questionário de maneira individualizada a ser respondido pelos Secretários Municipais de Saúde. Este estudo está sob a orientação da Drª. Clara Aleida Prada Sanabria. O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para a pesquisa intitulada "Efeitos no financiamento da Atenção Primária à Saúde a partir do Programa Previne Brasil na Bahia, entre 2017 e 2022", sob minha responsabilidade. Sua participação no estudo constituirá em responder um questionário padronizado relacionado às suas percepções na prática profissional como Secretário(a) de Saúde, acerca deste novo financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão relacionados as indagações sobre os aspectos referentes ao tema do estudo, e será garantido o seu direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, ressaltando-se os riscos característicos dos ambientes virtuais, por hackers. Nesta pesquisa, sua identificação será confidencial, com a manipulação dos dados somente por mim, como pesquisador responsável, assegurando a proteção da sua imagem e a não utilização das informações obtidas em seu prejuízo, com a responsabilidade de manter o sigilo em todas as fases da pesquisa. O sistema eletrônico será restrito entre nós (pesquisador e entrevistado), através de um link instrutivo, com a disponibilização deste TCLE tendo a função "copiar e colar" e com a opção de baixar um arquivo em PDF das suas respostas no final. Ademais, o(a) senhor(a) terá autonomia e a liberdade de não responder alguma pergunta, caso sinta-se desconfortável, e a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificativas para tal. Os dados deste estudo serão destruídos após o período de 5 anos. Por fim, os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas e/ou anais de congressos, e enviados aos participantes por e-mail, almejando benefícios como: a formulação de estratégias de superação aos desafios impostos pelo Programa Previne Brasil, visando aumentar o desempenho dos indicadores e dos recursos financeiros para a Atenção Primária. Sua participação é importante, voluntária e vai gerar informações fundamentais que serão úteis para os principais resultados desta pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre este estudo poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do e-mail: juliocesarrabeloalves@gmail.com, e telefone: (071) 99627-9485. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer nº. 6035975. O CEP que tem como propósito defender os direitos dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, podendo ser consultado qualquer dúvida do ponto de vista ético através do telefone: (075) 3161-8124; e-mail: cep@uefs.br; e endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS.

Caso concorde em participar voluntariamente deste estudo, você deverá selecionar a opção "aceito" logo abaixo.

Feira de Santana, 2023

() Aceito

Apêndice C - Declaração de participação na Assembleia do mês de novembro do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia.



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o (a) Sr (a). Julio Cesar Belchior Alves, Secretário (a) Municipal de Saúde do município de Londrinos - UFES, compareceu no dia 23/11/2023, no auditório da UPB, para participar da 113º Assembléia Geral Ordinária do COSEMS /BA e da Comissão Intergestora Bipartite – CIB/BA

Salvador-BA, 23 de Novembro de 2023.

Stela dos Santos Souza
Presidente do COSEMS-BA e do Congresso