

# A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil

*Performance assessment of Primary Health Care: balance and perspective for the 'Previne Brasil' Program*

Nilson do Rosário Costa<sup>1</sup>, Paulo Roberto Fagundes da Silva<sup>1</sup>, Alessandro Jatobá<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E801

**RESUMO** Este artigo descreve e analisa a resposta dos governos municipais à diretriz do pagamento por desempenho na Atenção Primária à Saúde (APS) no programa Previne Brasil (PB) no triênio 2020-2022. Ao instituir o PB em 2019, o Ministério da Saúde (MS) encaminhou a ruptura com o modelo de financiamento da APS, que era baseado na transferência per capita linear para os municípios e o Distrito Federal. Pela nova política, as transferências financeiras do MS decorreriam da análise dos resultados de sete indicadores de desempenho das equipes de saúde informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. O artigo avalia a resposta dos governos subnacionais nos indicadores definidos pelo PB, utilizando os dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do MS. Os municípios demonstraram baixa efetividade em relação aos compromissos de desempenho propostos pela pactuação na Comissão Intergestores Tripartite do PB no triênio investigado. De modo geral, os resultados de cobertura pactuados no PB são excepcionalmente baixos e especialmente indicativos de risco de epidemia por falha nas ações de vacinação. As decisões de implantação do pagamento por desempenho foram reiteradamente postergadas pelo MS, favorecendo a desmobilização dos governos municipais no desenvolvimento das ações de APS.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Remuneração. Avaliação de programas. Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT** This article describes and analyzes the response of municipal governments to the payment-for-performance guideline in Primary Health Care (PHC) in the 'Previne Brasil' (PB) program in the 2020-2022 period. By establishing the PB in 2019, the Ministry of Health (MS) broke with the PHC financing model, which was based on linear per capita transfer to municipalities and the Federal District. Under the new policy, financial transfers from the MS would result from the analysis of the results of seven performance indicators of health teams reported in the National Register of Health Establishments. The article evaluates the response of subnational governments to the indicators defined by the PB, using data from the Health Information System for Primary Care of the Ministry of Health. The municipalities showed low effectiveness in relation to the performance commitments proposed by the tripartite agreement of the PB in the three-year period investigated. In general, the coverage results agreed in PB are exceptionally low and especially indicative of the risk of an epidemic due to failure in vaccination actions. Decisions to implement payment for performance were repeatedly postponed by the MS, favoring the demobilization of municipal governments in the development of PHC actions.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Remuneration. Program evaluation. Family Health Strategy.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
nilsondorosario@terra.com.br



## Introdução

Este artigo descreve e analisa a resposta dos governos municipais à diretriz do pagamento por desempenho na Atenção Primária à Saúde (APS) referente ao programa Previnde Brasil (PB) no triênio 2020-2022. O PB é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>, instância governamental de provisão de cuidado à saúde, vigilância em saúde, prevenção e promoção, entre outras ações. Ao instituir o PB em 2019, o Ministério da Saúde (MS) encaminhou a ruptura com o modelo de financiamento da APS, que era baseado na transferência per capita linear para todos os municípios. Argumentou-se, na justificativa da ruptura, que os incentivos financeiros orientados ao desempenho com base nos “pisos para a atenção básica fixo e variável”<sup>2(1362)</sup> das décadas anteriores não favoreceram a responsabilidade social nem a resolutividade da APS<sup>2</sup>.

Segundo os formuladores do PB, a limitação do Piso da Atenção Básica Fixo esteve associada à lógica de pagamento per capita, que desconsiderava a população efetivamente coberta pelas equipes, as populações vulneráveis e a efetividade clínica. O Piso da Atenção Variável, ao valorizar exclusivamente a capacidade instalada (como o número de equipes de saúde da família implantadas), desconsiderava a avaliação dos indicadores de saúde municipais<sup>2</sup>.

As novas diretrizes do financiamento do PB modificaram a política implantada pelo governo Fernando Henrique Cardoso, no âmbito do SUS, de reconhecida estabilidade institucional<sup>3</sup>. Antes do PB, as mudanças no financiamento federal da APS foram residuais: em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu a Estratégia Saúde da Família como a opção preferencial para a organização da APS. As revisões das normativas da PNAB de 2011 e de 2017 modificaram marginalmente o desenho institucional do financiamento federal ao deixarem intocado o arranjo original da transferência para as ações e serviços de saúde do município em bases per capita<sup>4</sup>.

A mudança de maior envergadura introduzida pela PNAB de 2017 foi a divisão do financiamento federal em dois blocos: custeio e investimento. No bloco de custeio, os recursos financeiros foram transferidos para a manutenção das ações e serviços públicos de saúde; no bloco de investimento, os recursos financeiros foram destinados à aquisição de equipamentos, obras para instalações novas e reformas<sup>5</sup>.

O novo modelo de financiamento do PB para a provisão de APS por município definiu, originalmente, três blocos para as transferências federais: capitação ponderada, incentivos em ações estratégicas e prioritárias e pagamento por desempenho<sup>6</sup>.

A transferência de recursos financeiros do componente de capitação ponderada considera o quantitativo de pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) pelo município, ponderada por critérios de equidade. Para a ponderação (cálculo dos pesos), são levados em conta três critérios: a) vulnerabilidade socioeconômica, calculada pela proporção da população no município que recebe o benefício do Programa Bolsa Família, extinto em dezembro de 2021, e o Benefício de Prestação Continuada ou benefícios previdenciários do Instituto Nacional do Seguro Social de até dois salários mínimos; b) a população no município com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade; e c) os custos da provisão de APS nos municípios, que variam de acordo com sua distância de centros urbanos<sup>6</sup>.

Para a aplicação desse último critério, são consideradas a classificação e a caracterização dos espaços rurais e urbanos de acordo com a metodologia proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os municípios<sup>7</sup>. Os pesos para cada município, de acordo com essa metodologia, consideram o cadastro por equipe dos municípios urbanos em relação às demais tipologias. Em um município tipificado como rural remoto ou intermediário remoto, a pessoa cadastrada receberá duas vezes mais do que um município urbano.

Para os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e ajuste demográfico, foi atribuído um peso de 1,3 por pessoa. Isso significa que, para cada pessoa considerada em vulnerabilidade socioeconômica ou dentro dessas faixas de idade, o município receberá 30% a mais do valor da capitação.

Assim, a parcela do repasse financeiro do MS para a APS ficou condicionada ao número de cadastros efetuados. Nesse sentido, o cadastro é efetivado por meio de sistemas de *software*: Coleta de Dados Simplificados; Prontuário Eletrônico do Cidadão e sistemas próprios, sendo reunidos no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab)<sup>6</sup>.

O pagamento por incentivo para ações estratégicas contempla 16 programas específicos: Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal; Unidade Odontológica Móvel; Centro de Especialidades Odontológicas; Laboratório Regional de Prótese Dentária; Consultório na Rua; Unidade Básica de Saúde Fluvial; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional; eSF e eAP que atendem adolescentes em conflito com a lei; Programa Saúde na Escola; Polo de Academia da Saúde; Informatização de equipe; Custeio aos municípios com Residência Médica e Multiprofissional<sup>6</sup>.

Por fim, as transferências do PB por desempenho nas atividades da APS do governo municipal e do DF resultariam da análise dos resultados de sete indicadores de cada equipe de saúde credenciada no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. O PB define que o valor do pagamento por desempenho seja calculado a partir do cumprimento da meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe de saúde. O incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponderia, portanto, ao somatório dos resultados obtidos por equipe<sup>6</sup>.

No início de 2021, argumentando sobre a necessidade de adotar medidas extraordinárias de apoio financeiro federal à APS, o MS definiu, pela Portaria nº 166, que o repasse federal referente ao pagamento por desempenho seria equivalente

ao resultado potencial de 100% do alcance do Indicador Sintético Final (ISF) de cada município e do Distrito Federal<sup>8</sup>. Ou seja, o repasse financeiro do PB foi realizado independentemente do desempenho informado pelo município.

Na mesma portaria, foi também definido que o repasse do componente de custeio referente à capitação ponderada seria equivalente a 100% do potencial de cadastro dos municípios ou do Distrito Federal nas quatro primeiras competências financeiras de 2021 e que o incentivo financeiro com base em critério populacional seria repassado no mesmo período fundamentado em um valor per capita anual multiplicado pela estimativa da população dos municípios e do Distrito Federal, de acordo com os dados populacionais de 2019 divulgados pela Fundação IBGE. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 985, de 17 de maio de 2021, prorrogou esse prazo para abarcar as competências financeiras de maio, junho, julho e agosto desse ano<sup>9</sup>.

Em setembro de 2021, por meio da Portaria nº 2.254 do MS, o PB sofreu outra alteração na implantação, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em relação ao incentivo financeiro da capitação ponderada, foram realizadas as seguintes inclusões: substituição do conceito limite de cadastros por potencial de cadastro; reconhecimento das populações ribeirinhas, prisional e de consultórios na rua para capitação ponderada nas equipes credenciadas e homologadas dos municípios; complementação financeira para os municípios que não atingissem o potencial de cadastro de maneira permanente até o referido atingimento; complementação financeira para os municípios que atingissem o potencial de cadastro e possuísem ISF igual ou maior a 7 no referido quadrimestre de avaliação; ampliação da ponderação da classificação geográfica dos municípios intermediário e rural adjacente<sup>10</sup>.

Na mesma portaria, cabe destacar a instituição, de maneira permanente, de incentivo financeiro com base em critério populacional de valor a ser definido anualmente, conforme a estimativa populacional IBGE<sup>10</sup>. O financiamento da APS passou então a ser calculado a

partir de quatro componentes: 1) capitação ponderada; 2) pagamento por desempenho; 3) incentivo financeiro com base em critério populacional; e 4) incentivos para ações estratégicas<sup>10</sup>. Por fim, o repasse equivalente a 100% do alcance do índice máximo de desempenho municipal foi novamente prorrogado até dezembro de 2021. Em resumo, os municípios continuaram recebendo o valor total do componente de desempenho do PB no último quadriênio de 2021 sem a necessidade de alcançar as metas pactuadas.

A implantação da avaliação do desempenho para efeito de pagamento aos municípios foi em seguida adiada e reduzida no escopo para 2022 (Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021)<sup>11</sup>. A nova metodologia contempla uma alteração expressiva na dinâmica da avaliação de desempenho ao aceitar os valores individualizados dos indicadores na avaliação quadrimestral (no primeiro semestre de 2022). Foram avaliadas as coberturas das consultas de pré-natal e dos exames para sífilis e HIV em gestantes<sup>11</sup>. Com essa pactuação, a avaliação de desempenho global por meio do ISF foi abandonada nos dois primeiros quadrimestres de 2022.

É importante ressaltar que as mudanças na aplicação dos indicadores de desempenho foram pactuadas pelas representações dos secretários municipais e estaduais de saúde na CIT, instância máxima de decisão do SUS. Também cabe registrar que a modelagem proposta para o pagamento por desempenho do PB substituiria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2011 e encerrado em dezembro de 2019<sup>12-14</sup>.

## Material e métodos

O artigo descreve e analisa a resposta dos governos municipais aos sete indicadores definidos pelo PB para pagamento por desempenho,

utilizando as informações no Sisab do DataSUS do MS (<https://sisab.saude.gov.br/>) do período de 2020 a 2021, destacando o terceiro quadrimestre de 2021.

As informações no Sisab para produção deste artigo foram coletadas em abril de 2022 no sítio do DataSUS e estratificadas por nível nacional, grande região, estadual e Distrito Federal.

Segundo a metodologia proposta pelo MS<sup>15</sup>, os indicadores de pagamento por desempenho foram consolidados por município a cada quadrimestre. Os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento por desempenho no PB são os seguintes:

- Indicador 1: Proporção de gestantes com seis ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
- Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico;
- Indicador 5: Cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e de Pentavalente;
- Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
- Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

O *quadro 1* elenca os indicadores de pagamento por desempenho do PB com as metas, os parâmetros e os pesos pactuados nas esferas de concertação do SUS até dezembro de 2021.

Quadro 1. Parâmetro esperado, meta e peso dos sete indicadores do Previne Brasil em 2021

Indicador	Parâmetro	Meta 2021	Peso
1. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	Maior ou igual a 80%	60	1
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Maior ou igual a 95%	60	1
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	Maior ou igual a 90%	60	2
4. Cobertura de exame citopatológico	Maior ou igual a 80%	40	1
5. Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	Maior ou igual a 95%	95	2
6. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	Maior ou igual a 90%	50	2
7. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	Maior ou igual a 90%	50	1

Fonte: Brasil<sup>5</sup>.

As notas são atribuídas pelo MS ao município e consideram o resultado obtido em relação à meta atribuída para cada indicador. Assim, se o resultado de um determinado indicador para aquele município for 30% e a meta for 60%, a nota final para esse indicador será 5,0 (50% da nota máxima possível já que o resultado foi metade da meta proposta). Ainda, caso o valor atribuído seja maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0.

Uma vez calculada a nota associada ao indicador, ele é ponderado conforme o peso descrito no *quadro 1*. A multiplicação da nota pelo peso resulta na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI)<sup>15</sup>.

A última etapa consiste na agregação, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final denominado ISF. A agregação é realizada somando as NPI de todos os indicadores e dividindo-a por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, índice final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho do município. O valor do incentivo financeiro do pagamento por desempenho para os municípios e o Distrito

Federal está vinculado ao desempenho global medido pelo ISF<sup>15</sup>.

## Resultados

A *tabela 1*, com dados agregados nacionalmente, mostra que a situação dos indicadores selecionados pelo PB no Sisab era sofrível no terceiro quadrimestre de 2020, com exceção da informação sobre o indicador composto de cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e de Pentavalente, que apresentava a média nacional de 66%. Diante da linha de base tão insignificante para os demais seis indicadores, houve melhoria no desempenho no terceiro quadrimestre de 2021 em comparação com o observado no mesmo período em 2020, com notável exceção para a cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e de Pentavalente. Esse indicador sofreu uma brutal redução entre os dois períodos, passando de 66% para 30%. O desempenho da cobertura vacinal informado pelo PB está em linha com estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps) que alertou, em 2020, para o risco do apagão da cobertura do Programa Nacional de Imunizações<sup>16</sup>.

Tabela 1. Comparação dos indicadores do Previne Brasil – média do terceiro quadrimestre de 2020, terceiro quadrimestre 2021 e variação percentual

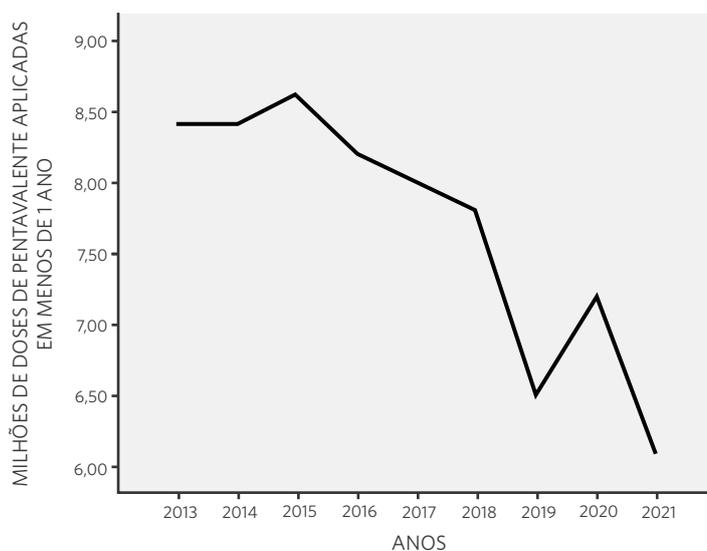
Indicador	Média do Terceiro Quadrimestre de 2020 (%) (A)	Média do Terceiro Quadrimestre de 2021 (%) (B)	Variação (B-A/ A)*100
Proporção de gestantes com seis ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	32	48	40%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	37	57	54%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	19	42	121%
Cobertura de exame citopatológico	14	15	7%
Cobertura Vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	66	29	-56%
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	4	12	200%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	7	23	229%

Fonte: elaboração própria com base nos dados da Sisab do DataSUS<sup>17</sup>.

O gráfico 1 (A e B) ratifica a informação sobre preocupante queda na aplicação das vacinas Pentavalente e da Poliomielite inativada em menores de 1 ano ao longo da conturbada

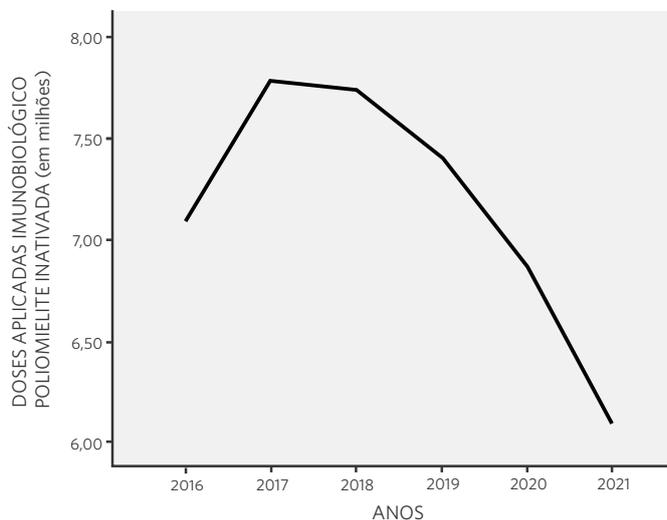
implantação do PB. Não resta dúvida de que a cobertura residual na aplicação das duas vacinas no último quadrimestre de 2021 aponta para o eminente risco de crise sanitária no País.

Gráfico 1 (A). Doses da vacina pentavalente aplicada em menores de 1 ano (milhões de doses)



Fonte: elaboração própria com base nos dados da Sisab do DataSUS<sup>17</sup>.

Gráfico 1 (B). Brasil – doses aplicadas do imunobiológico (poliomielite inativada) em menores de 1 ano (milhões doses) – 2016-2021



Fonte: elaboração própria com base nos dados da Sisab do DataSUS<sup>17</sup>.

A *tabela 2* demonstra que os municípios não alcançaram as metas de desempenho propostos pela pactuação do PB para o terceiro quadrimestre de 2021. Cabe destacar que apenas a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV atingiu quase 100% da meta de cobertura pactuada para o indicador (60%) em 2021. No outro polo, a meta pactuada para aferição da pressão arterial de pessoas hipertensas pela APS alcançou apenas 11% da população-alvo quando a meta era de 50%.

No mesmo quadrimestre, o alcance da meta arrojada de 95% para a cobertura vacinal de

Poliomielite Inativada e de Pentavalente apresentou a já referida inquietante média de cobertura de 30%. A cobertura de exame citopatológico foi de 15%; e o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina, de 23%.

A proposta de ampliar a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas também não atingiu a meta pactuada: apenas metade das gestantes brasileiras tiveram pelo menos seis consultas realizadas no período, sendo a primeira consulta até a 20<sup>a</sup> semana de gestão.

Tabela 2. Metas de cobertura pactuadas pelo Previner Brasil e os resultados alcançados pelos municípios brasileiros em 2021

Indicadores	Metas de Cobertura Pactuadas (%)	Meta Pactuada Alcançada (%)
1. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20 <sup>a</sup> semana de gestação	60	50
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60	57
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60	42
4. Cobertura de exame citopatológico	40	15
5. Cobertura Vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	95	30
6. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	50	11
7. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50	23

Fonte: elaboração própria com base nos dados da Sisab do DataSUS<sup>17</sup>.

A falha de provisão informada ao Sisab demonstra que a redução nos repasses financeiros aos municípios seria muito expressiva caso fosse mantida a proposição da avaliação de desempenho por meio dos sete indicadores do PB.

Nesse cenário, a *tabela 3* mostra o resultado alcançado pelas capitais nos indicadores de avaliação de desempenho – a cobertura das seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12<sup>a</sup> semana de gestação, e a cobertura dos exames para sífilis e HIV em gestantes – que serão considerados na avaliação do primeiro quadrimestre de 2022.

Observa-se que a cobertura das consultas de pré-natal nesses municípios é absolutamente sofrível (mediana de 25% da população-alvo). Já a cobertura dos exames para sífilis e HIV em gestantes tem um desempenho um pouco melhor, porém, metade das capitais brasileiras não atinge 50% da população de gestantes-alvo da APS. O cálculo do ISF revela igualmente a situação crítica no alcance dos sete indicadores pactuados em muitas capitais brasileiras – metade delas obteve escore do ISF abaixo de 5 – mesmo considerando as metas lenientes de cobertura pactuadas em 2021 (apresentadas no *quadro 1*)

Tabela 3. Cobertura dos indicadores pactuados para o primeiro semestre nas capitais\* – primeiro quadrimestre de 2022

Capitais	Proporção de gestantes com seis ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20 <sup>a</sup> semana de gestação	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Indicador Sintético Final (ISF)**
Porto Velho	0,36	0,56	5,34
Rio Branco	0,38	0,65	5,21
Manaus	0,43	0,88	7,48
Boa Vista	0,30	0,87	5,02
Belém	0,16	0,53	4,24
Macapá	0,30	0,67	5,15
Palmas	0,38	0,53	5,48
São Luís	0,08	0,57	4,58
Teresina	0,25	0,37	4,46
Fortaleza	0,02	0,32	4,07
Natal	0,48	0,63	6,13
João Pessoa	0,08	0,24	2,21
Recife	0,24	0,30	3,96
Maceió	0,02	0,66	6,22
Aracaju	0,09	0,47	4,51
Salvador	0,01	0,37	2,66
Belo Horizonte	0,04	0,25	3,25
Vitória	0,07	0,29	4,44
Rio de Janeiro	0,57	0,76	6,24
São Paulo	0,50	0,25	3,60
Curitiba	0,08	0,70	6,57
Florianópolis	0,53	0,62	6,57
Porto Alegre	0,42	0,53	5,97
Campo Grande	0,08	0,48	5,03
Cuiabá	0,37	0,39	4,68

Tabela 3. Cobertura dos indicadores pactuados para o primeiro semestre nas capitais\* – primeiro quadrimestre de 2022

Capitais	Proporção de gestantes com seis ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV		Indicador Sintético Final (ISF)**
Goiânia	0,50	0,29		3,93
Brasília	0,07	0,73		5,50
Mediana	0,25	0,53		5,34

Fonte: elaboração própria com base nos dados da Sisab do DataSUS<sup>17</sup>.

\* Inclui todas as equipes atuando no município. \*\* Usando as metas informadas no *quadro 1*.

## Discussão e considerações finais

O lançamento do PB na gestão do Ministro Mandetta, nos primeiros meses do governo Bolsonaro, foi envolvido em grande controvérsia. Para a coalizão de advocacia de defesa das mudanças implantadas pelo PB, o pagamento por desempenho da APS incentivaria o registro dos usuários no sistema de informações, reduzindo as falhas de tratamento; e ampliaria o controle de doenças crônicas (pressão arterial controlada, hemoglobina glicada controlada) e as ações de rastreamento (HIV, exame de colo de útero, depressão), aprimorando a prescrição de medicamentos e reduzindo as internações sensíveis à atenção primária<sup>18</sup>. A função de monitoramento e a avaliação dos indicadores de desempenho pactuados pelo MS promoveriam também o uso de prontuários eletrônicos do paciente e o cuidado longitudinal e coordenado<sup>19</sup>.

A coalizão de veto ao PB considera que a nova lógica de financiamento da APS coloca em risco o princípio da integralidade, na medida em que só reconhece as demandas evidenciadas e estratificadas. O programa também modifica a lógica de adscrição, que passa a focar a busca de clientela padronizáveis. Além disso, os critérios de distribuição de recursos não incorporam a diversidade característica dos territórios e as disparidades entre as regiões do País. Da mesma forma, a coalizão de veto critica o modelo de remuneração por desempenho, que se fixa exclusivamente na avaliação

dos resultados a partir de critérios padronizados e biomédicos, incapazes de incorporar a variabilidade de situações vividas. Entende que o PB pode agravar o subfinanciamento da saúde pública no Brasil, revertendo conquistas históricas de expansão do alcance dos serviços e de redução de desigualdades<sup>20-23</sup>.

Em comum nas duas abordagens (advocacia e veto), existe a ideia do PB como uma política pública sustentável ao longo do ciclo conjuntural de implantação. A sustentabilidade pressupõe que as condições institucionais de implementação do programa permaneceriam incólumes a mudanças bruscas de cenário por força de crises políticas e sanitárias.

Os resultados apresentados neste texto demonstram que o PB se deparou com obstáculos não antecipados no desenho original, que ampliaram o hiato entre a formulação inicial e a sua implantação como política pública, redesenhando a agenda do pagamento por desempenho da APS.

Como alerta a literatura, a implantação de diretrizes emanadas do governo central para os entes subnacionais não deve ser analisada pelo valor de face, mesmo para políticas instituídas, em razão da possibilidade de discrepância entre a formalização inicial e a concretização no processo de decisório. Nesse sentido, a análise da implantação pode considerar o fluxo das ações e decisões dos agentes governamentais vis-à-vis os obstáculos conjunturais. Esses obstáculos podem ser especialmente paralisantes da decisão governamental nas situações em que a política pública impõe perdas

concentradas a uma das partes no ambiente federativo<sup>24</sup>. Não há dúvida de que o arranjo original do pagamento por desempenho do PB exigia que o MS impusesse perdas financeiras específicas e concentradas aos governos municipais. Entretanto, como demonstrado anteriormente, o desenho original do PB teve de adotar várias correções de rumo ao longo do triênio 2020-2022.

Cabe lembrar que a crise de governabilidade do governo Bolsonaro, iniciada no segundo semestre de 2021, tornou insustentável a competência normativa do MS. Nessa conjuntura, além da pressão da pandemia, a condição de governabilidade do Executivo federal dependeu da formação de ampla aliança com os partidos patrimonialistas de centro-direita (denominados Centrão) no Congresso Nacional para garantir governabilidade. A literatura assinala que a necessidade de negociação do Executivo federal com os partidos de centro-direita, por razões de sobrevivência política, pode ampliar a descaracterização das políticas públicas brasileiras<sup>25,26</sup>.

A demissão do Ministro da Saúde Henrique Mandetta em abril de 2020<sup>27</sup>, no embate em relação ao isolamento social, já havia produzido a evasão massiva dos especialistas que formularam as diretrizes do PB do MS. A influência normativa desses especialistas favoreceu a criação, no início de 2019, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde na estrutura do MS com o objetivo de sustentar o novo modelo de financiamento<sup>28</sup>. A saída desses especialistas deixou o PB sem a ancoragem da advocacia de parcela da burocracia pública do MS, condição crucial para a implantação da ação governamental federal<sup>29</sup>.

Finalmente, a ratificação pelo Supremo Tribunal Federal<sup>30</sup> da competência concorrente dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para a tomada de providências normativas e administrativas de polícia sanitária contra a Covid-19 sobrecarregou a agenda dos governos locais, afetando as ações na APS.

Nessas condições, a proposta original do PB de 2019, que subordina as transferências

do MS à proporção da população efetivamente coberta pelas equipes, à população cadastrada e ao desempenho da APS, não foi adiante no período analisado neste artigo. Os seguidos ajustes do MS tornaram sem efeito a aplicação integral das condicionalidades para os repasses financeiros com base na capacidade de cadastrar, focalizar e informar. Desse modo, é questionável a atribuição de benefícios diretos à sociedade promovidos pelo novo modelo de financiamento da APS no período analisado<sup>31</sup>.

As decisões de implantação do pagamento por desempenho foram, na realidade, seguidamente postergadas pelo MS por meio de decisões pontuais<sup>32,33</sup> que afetaram a mobilização dos governos municipais para desenvolver as ações estratégicas de APS.

Assim, o retrato que emerge na análise da resposta dos municípios do terceiro quadriênio de 2021 e no primeiro quadriênio de 2022 é inquietante porque demonstra a débil cobertura na prestação de serviços essenciais da atenção materna, infantil e de adultos dos municípios brasileiros. De modo geral, a cobertura dos indicadores pactuados no PB informada pelos governos locais é baixíssima.

Nesse contexto, chama especialmente a atenção o declínio da oferta da vacina Poliomielite Inativada e da Pentavalente, que pode levar o Brasil à situação de descontrole epidemiológico. É, de fato, preocupante que, entre 2020 e 2021, tenha sido registrada a redução de mais de 1 milhão de doses da vacina Poliomielite Inativada e da Pentavalente aplicadas em menores de 1 ano de idade.

Por fim, em termos mais gerais, cabe lembrar que a sobrevida da avaliação de desempenho nos termos definidos pelo PB é incerta em razão das posições conflitantes da comunidade de especialistas em relação ao novo modelo de financiamento da APS descrito neste artigo. Por exemplo, o Ieps e a Umame, que contam com a assessoria de importantes lideranças da saúde pública brasileira, defendem que a estrutura corrente do PB deve ser assumida enquanto modelo de financiamento da APS, contemplando o aumento sistemático dos

recursos para esse nível de atenção. Advogam também que o componente de pagamento por desempenho do PB deve recompensar os municípios não apenas de acordo com o alcance das metas para os indicadores, mas também avaliando o percentual de melhora em relação a períodos anteriores, incentivando assim municípios que partiram de níveis baixos e estão avançando, ainda que não tenham alcançado os parâmetros ideais<sup>34</sup>. Por outro lado, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva defende pura e simplesmente

a revogação do Programa Previne Brasil e fortalecimento dos mecanismos de redistribuição de recursos de acordo com as necessidades de saúde e de redução das desigualdades<sup>35(63)</sup>.

Cabe assinalar, de qualquer modo, que o federalismo brasileiro tem conseguido a promoção de elevada simetria no processo decisório

no âmbito do SUS<sup>36</sup>. Nesse contexto, nenhuma mudança no arranjo institucional vigente da política de atenção básica será levada adiante sem ampla negociação sobre as funções de monitoramento e avaliação do MS. Nessa trajetória, a preservação e o aprimoramento do Sisab são de grande relevância para fortalecer a transparência e o controle social das ações da APS no SUS.

## Colaboradores

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* participou da concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. Silva PRF (0000-0003-0811-4080)\* e Jatobá A (0000-0002-7059-6546)\* participaram do delineamento e interpretação dos dados para o trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada. ■

## Referências

1. Costa NR, Vaitsman J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis Can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *J. Comp. Policy Anal.: Res. Pract.* 2014; 16(5):441-456.
2. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(4):1361-1374.
3. Arretche M, Marques E, Faria CAP. *As Políticas da Política – Desigualdade e Inclusão nos Governos do PSDB e do PT.* São Paulo: Editora UNESP; 2019.
4. Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2003; 8(2):393-401
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). *Diário Oficial da União.* 21 Set 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o PB, 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.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- dação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e características dos espaços rurais e urbanos do Brasil – uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
  8. 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 Previnde Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da União. 27 Jan 2021.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 985, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previnde Brasil, para o ano 2021. Diário Oficial da União. 17 Jan 2021.
  10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. 3 Set 2021.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previnde Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da União. 22 Set 2021.
  12. Kovacs R, Barreto JOM, Silva EN, et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance program: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health*. 2021; (9):e331-39.
  13. Macinko J, Harris JM, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage*. 2017; 40(2):S4-S11.
  14. Giovanella L, Mendonça MHM, Medina MG, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Godim R, et al., organizadores. *Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019. p. 569-610.
  15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 5/2020. [acesso em 2022 dez 2]. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204\\_N\\_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores\\_3604088260565235807.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf).
  16. Nunes L. Cobertura Vacinal do Brasil 2020. Rio de Janeiro: Instituto de Estudo de Política de Saúde; 2020.
  17. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. SiSab. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.
  18. Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, et al. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Cad. Saúde Pública*, 2021; 37(6):e00219520.
  19. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde e, nível nacional: novos desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4):1401-1411.
  20. Miranda AS. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. *Saúde debate*. 2020; 44(127):1214-1230.
  21. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4):1181-8.
  22. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00040220.

23. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*, 2022; 38(2):e00164621.
24. Hanf K, Toonen TAJ. *Policy Implementation in Federal and Unitary Systems*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers; 1985.
25. Goulart LN, Vieira DM. Construção de um modelo de análise de redes de políticas públicas em contextos de federalismo e de presidencialismo. *Cad. EBA-PE.BR*. 2020; 18(1):91-103.
26. Abrucio F. O Centrão e Bolsonaro. *O Globo Valor Econômico*. 2021 out 10.
27. Folha de S. Paulo. Bolsonaro Demite Mandetta e Anuncia Nelson Teich como Ministério da Saúde. 2020 abr 16. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/bolsonaro-demite-mandetta-e-convida-nelson-teich-para-o-ministerio-da-saude.shtml?origin=folha>.
28. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 24(9):3457-3462.
29. Costa NR. Burocracia pública e política social no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(11):3505-3514.
30. Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. 2020. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>.
31. Harzheim E, D'Avila OP, Pedebos LA, et al. Atenção Primária à Saúde para o Século XXI: Primeiros Resultados do novo modelo de financiamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(2):609-617.
32. Conasems. Ministério da Saúde atualiza notas técnicas sobre os indicadores por Desempenho do Previnive Brasil. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em <https://www.conasems.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-previne-brasil/>.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 11/2022. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota\\_tecnica\\_11\\_2022.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_11_2022.pdf).
34. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil. [acesso em 2022 jul 20]. Disponível em: <https://ieps.org.br/agenda-mais-sus-evidencias-e-caminhos-para-fortalecer-a-saude-publica-no-brasil/>.
35. Rede de Pesquisa em APS. Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022. p. 75.
36. Abrucio FL, Grin E, Ianni CI. "Brazilian Federalism in the Pandemic". In: Peters BG, Grin E, Abrucio FL, editores. *American Federal Systems and Covid-19. Responses to a Complex Intergovernmental Problem*. United Kingdom: Emerald Publishing Limited; 2021. p. 63-88.

---

Recebido em 25/07/2022  
Aprovado em 20/10/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve