



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Dayanne Silva de Lucena

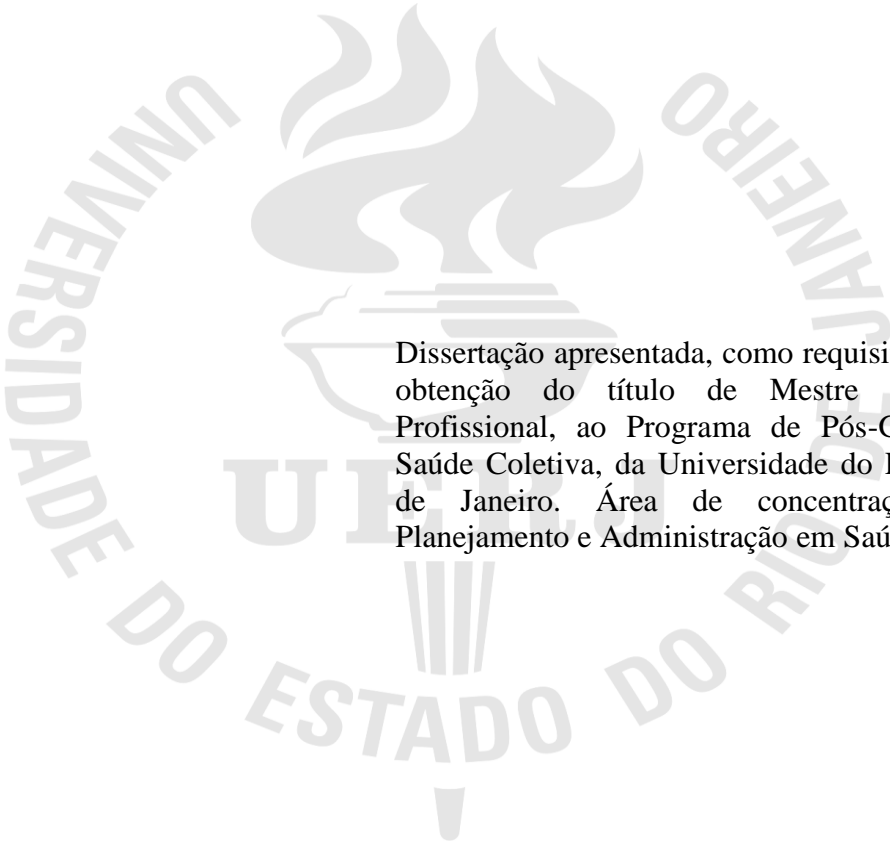
**O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da
Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Dayanne Silva de Lucena

O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz.

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

L935

Lucena, Dayanne Silva de

O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro / Dayanne Silva de Lucena – 2022.
125 f.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Atenção Primária à Saúde - Teses. 2. Financiamento da assistência à saúde - Rio de Janeiro - Teses. 3. Gestão em saúde – Teses. 4. Recursos financeiros em saúde – Teses. 5. Saúde pública – Teses. 6. Regionalização da saúde – Teses. I. Levcovitz, Eduardo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Dayanne Silva de Lucena

O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de maio de 2022.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof^a. Dra. Márcia Silveria Ney

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof. Dr. Adriano Massuda

Fundação Getúlio Vargas – FGV

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha pequena Catarina e a todos que utilizam, trabalham e acreditam no Sistema Único de Saúde, até mesmo àqueles que nem sabem que o fazem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar nos caminhos que se apresentaram, uns mais sinuosos e outros mais diretos, todos necessários para chegar até aqui.

Agradeço a minha família pelo apoio e incentivo, em especial a minha mãe, meus avós e marido, que sempre foram grandes incentivadores na minha trajetória profissional e pessoal. A minha filha, que, com toda sua alegria e inocência infantil, renova minhas esperanças.

Aos meus irmãos, irmãs, amigos e amigas, muito obrigada por trilhar pela vida comigo.

Aos meus companheiros de caminhada no SUS e meus pacientes, que possibilitaram aprendizado e trocas importantes no percurso da graduação até hoje.

Obrigada a todos os meus companheiros da SES-RJ, em especial aos do Apoio à Gestão da Superintendência de Atenção Primária a Saúde, local onde estive por 10 anos, pensando e fazendo apoio institucional para as regiões da Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande, Metropolitana II e Metropolitana. Nesse lugar, pude experimentar o desafio da preceptoria, um privilégio participar da formação de mão de obra para o SUS, que de certa forma gerou questionamentos pessoais importantes. Muito me alegra encontrar os ex-residentes, como eu fui um dia, em outras instâncias e contribuindo para o sistema.

Aos meus companheiros de turma, as coordenadoras Amanda e Thais, e aos professores, em especial ao meu orientador Eduardo e ao saudoso professor Ruben, muito obrigada por toda generosidade nas trocas e por me instigar a olhar para o passado e pensar sobre o futuro. Saudades de uma época de encontros presenciais, bate-papo e café nos corredores do Instituto.

À banca, pela disponibilidade e generosidade de contribuírem com este momento.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

LUCENA, Dayanne Silva de Lucena. **O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro**. 2022. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O principal objetivo deste estudo é documentar o processo de transição do modelo de financiamento federal da APS implantado pelo programa Previne Brasil no período 2019-2021 e as iniciativas da SES-RJ e do COSEMS-RJ frente aos potenciais reflexos na (re)organização da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro. A metodologia proposta é a de estudo de caso de caráter exploratório, descritivo com a combinação de diferentes métodos de pesquisa, fazendo uso de pesquisa bibliográfica e documental e de dados primários e secundários. Este estudo tem como recorte para análise dois aspectos do programa Previne Brasil: a Capitação Ponderada e o Componente Pagamento por Desempenho. A transferência regular do PAB fixo, de base *per capita*, foi considerada inovadora por ser a primeira prevista no SUS não atrelada à produção. Considerada alinhada com o princípio da universalidade e com a diretriz da descentralização presentes no regramento legal do SUS, suas transferências eram garantidas independentemente do modelo adotado para organização da APS pelos municípios. Sua substituição pela transferência atrelada a cadastro, prevista no Componente Capitação Ponderada do Previne Brasil pode ser vista como um retrocesso, pois nesse formato o custeio está atrelado ao cadastro realizado pelas equipes existentes em cada território, o que pode não refletir a totalidade da população nele residente. A absorção pelo componente Capitação Ponderada dos recursos do PAB variável referentes ao custeio da eSF, eAP, incremento para contratação de gerentes nas unidades básicas de saúde (UBS) e das equipes de NASF-AB provoca uma reflexão sobre a descontinuidade dos processos relevantes para a organização da APS, relacionados à continuidade do cuidado. No estado do Rio de Janeiro, um movimento sinérgico foi iniciado pelo COSEMS-RJ e pela SAPS/SES, no sentido de compreender como a nova proposta de financiamento da APS impactaria nos recursos a serem destinados aos municípios do estado em 2020. Neste sentido, foi criado um grupo de trabalho, com representantes das duas estruturas, para a discussão do Previne Brasil, que permanece ativo. Uma das iniciativas mais importantes desse grupo se dá com a confecção de Notas Técnicas, que começaram a ser produzidas ainda em 2019 para apoiar os municípios do estado na transição do financiamento federal da APS. Mesmo com toda a excepcionalidade de 2020, que foi marcado pela bem-vinda extensão dos prazos previstos, foi possível vislumbrar como teria sido esta mudança para o estado do Rio de Janeiro, já que podemos estudar os resultados numéricos alcançados em 2020 nos componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho e que não se refletiram em perda de recursos.

Palavras-chave: Financiamento da APS. Previne Brasil. Capitação Ponderada. Pagamento por Desempenho. Regionalização. Estado do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

LUCENA, Dayanne Silva de. **The Previne Brasil program and its potential effects in the (re)organization of Primary Health Care of the State of Rio de Janeiro.** 2022. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The main goal of this study is to document the process of federal financing of APS through the Previne Brasil program from the period of 2019-2021 and the initiatives from SES-RJ and COSEMS-RJ through the potential repercussions on the re-organization of APS in the Rio de Janeiro State's cities. The proposed methodology is one of a case study in exploratory and descriptive character along with a combination of different research methods, using bibliographic and documental research as well as primary and secondary data. It is emphasized that this study has as delimitation for analysis two aspects of the Previne Brasil: the Pondered Capacitation and the Component of Payment by Performance. The regular transference of fixated PAB, of per capita base was considered innovative, since it was the first provided by SUS not linked to production. Considered aligned to the principles of universality, with the directive of decentralization present in the legal regulation, as its transferees were guaranteed regardless of the adopted models for the APS' organization through the cities. It's substitution for the transference linked to registration, provided in Previne Brasil's Component of Pondered Capacitation, can be understood as a regression as in such format the cost is linked to the registration done by the existing themes in each territory, something that cannot reflect the integrality of the resident population. Absorbing the Component of Pondered Capacitation's PAB's variable resources referring to the cost of eSF, eAP, increment for the hiring of basic health units' management and the NASF-AB's teams provokes a reflection over the discontinuations of relevant processes for the APS' organization, related to the continuity of care. In Rio de Janeiro State, a synergetic movement was initiated by the COSEMS-RJ and SAPS/SES in a way of comprehending how the new financing proposal by APS would impact the resources to be destined to the state's cities in 2020. So, a work group was created, with representatives of the two structures, for the discussion of Previne Brasil, which remains active. One of the most important initiatives in such group is the creation of Technical Notes, that started being produced in 2019, to support the state's cities in the transition of APS' federal financing. Despite all exceptionality in 2020, which was well-marked by the welcome extension of provided deadlines, it was possible to glimpse how such change would have been for Rio de Janeiro State, since we can study the numerical results reached in 2020 in the components of Pondered Capacitation and Payment by Performance, and that it did not reflect on loss of resources.

Keywords: APS financing. Previne Brasil. Pondered Capitation. Payment by Performance, Regionalization, State of Rio de Janeiro.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Divisão político-administrativa do estado do Rio de Janeiro.....	33
Figura 2 –	Marcos do processo de regionalização da saúde do estado do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019.....	35
Figura 3 –	Mapa do estado do Rio de Janeiro com a divisão político-administrativa em Regiões de Saúde.....	35
Figura 4 –	recursos direcionados para a Atenção Básica – PAB Fixo e Variável e Recursos de investimento que vigoraram até 2019....	56
Figura 5 –	Linha do tempo – Iniciativas do Ministério da Saúde, no ano de 2019, relacionadas ao financiamento da APS.....	58
Figura 6 –	Linha do tempo – iniciativas do Ministério da Saúde, no ano de 2020, relacionadas ao financiamento da APS.....	59
Figura 7 –	Proposta de distribuição dos recursos da Atenção Básica na composição do Programa Previne Brasil.....	60
Figura 8 –	Cálculos para as transferências relativas as equipes da Atenção Básica (eSF e eAB) sem as equipes de Saúde Bucal (eSB) e com Saúde Bucal (eSF/SB e eAB/SB)	75
Figura 9 –	Linha do tempo do estado do Rio de Janeiro. Principais movimentos realizados frente a nova modalidade de financiamento da Atenção Primária à Saúde e a pandemia da Covid-19, nos anos de 2019 e 2020.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Número de equipes de Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro, de 2017 a 2020.....	40
Gráfico 2 –	Cobertura populacional estimada de Estratégia de Saúde da Família e de Atenção Primária do estado do Rio de Janeiro, 2017 a 2020.....	41
Gráfico 3 –	Número de equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, 2017 a 2020.....	44
Gráfico 4 –	Cobertura populacional estimada de Estratégia de Saúde da Família e de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, 2017 a 2020.....	45
Gráfico 5 –	Composição do bloco de financiamento da APS, em percentual, no período de 2002 a 2016.....	55
Gráfico 6 –	Número de municípios do estado do Rio de Janeiro, classificados por faixa do PAB fixo, segundo a Portaria nº 3.947, de 28 de fevereiro de 2017.....	68
Gráfico 7 –	Transferências referentes ao componente fixo e variável do Piso de Atenção Básica, para as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019.....	69
Gráfico 8 –	Transferências referentes ao componente fixo e variável do Piso de Atenção Básica, para os cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019.....	70
Gráfico 9 –	Total de transferências do custeio de eSF, eAP e NASF-AB, total e por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019.....	71
Gráfico 10 –	Transferências realizadas no ano de 2020 referentes aos componentes do Programa Previne Brasil, nas regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro.....	79
Gráfico 11 –	Transferências realizadas no ano de 2020 referentes aos componentes do Programa Previne Brasil, nos 5 maiores municípios do estado do Rio de Janeiro.....	80
Gráfico 12 –	Transferências totais do programa Previne Brasil aos municípios por região de saúde do estado do Rio de Janeiro no ano de 2020.....	81

Gráfico 13 –	Transferências totais do programa Previne Brasil aos cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro no ano de 2020.....	82
--------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Quadro-resumo dos documentos selecionados na pesquisa bibliográfica.....	24
Quadro 2 –	Documentos da Esfera Federal selecionados após a realização da busca em sítios eletrônicos oficiais.....	25
Quadro 3 –	Documentos da Esfera Estadual selecionados após a realização de busca em sítios eletrônicos oficiais.....	29
Quadro 4 –	Quadro resumo dos dados coletados nos sistemas de informação oficiais do SUS.....	30
Quadro 5 –	Composição das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e sua população estimada para o ano de 2020.....	39
Quadro 6 –	Classificação do PAB fixo por grupo e faixa de valor, segundo a Portaria n° 3.947, de 28 de dezembro de 2017.....	52
Quadro 7 –	Incentivos financeiros atrelados ao PAB variável de transferência mensal.....	53
Quadro 8 –	Classificação IBGE e necessidade de cadastro por tipo de equipe da APS.....	62
Quadro 9 –	Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, fonte de origem, fonte de controle, peso, parâmetro e meta propostas.....	66
Quadro 10 –	Número de equipes no estado do Rio de Janeiro que participaram do terceiro ciclo do PMAQ – AB (2015-2018)	74
Quadro 11 –	Resultado alcançado pelo estado do Rio de Janeiro dos indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Composição das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e sua população estimada para o ano de 2020.....	38
Tabela 2 –	Número de cadastros individuais dos municípios do estado do Rio de Janeiro, 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019 e 2020.....	42
Tabela 3 –	Valores transferidos aos municípios do estado do Rio de Janeiro, referentes ao componente de Atenção Básica, nos anos de 2018 a 2020.....	43
Tabela 4 –	Número de cadastros individuais do município do Rio de Janeiro, 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019 e 2020.....	45
Tabela 5 -	Valores transferidos aos municípios do estado do Rio de Janeiro, referentes ao componente de Atenção Básica, nos anos de 2018 a 2020....	46
Tabela 6 –	Percentual da transferência referente ao custeio do PMAQ-AB, repassado no ano de 2019, e seu percentual na composição do valor total do PAB variável no mesmo período, nas nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.....	72
Tabela 7 -	Percentual das transferências referentes ao custeio do PMAQ-AB, repassado no ano de 2019, e seu percentual na composição do total do PAB variável no mesmo período, nos cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Adaps	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CIB-RJ	Comissão Intergestores Bipartite do estado do Rio de Janeiro
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
COSEMS/RJ	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eCNAR	Equipe de Consultório na Rua
EC 29	Emenda Constitucional n°29/2000
EC 95	Emenda Constitucional n°95/2016
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal na Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GT-APS	Grupo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

ISF	Indicador Sintético Final
LC 141	Lei Complementar nº141/ 2012
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
NPI	Nota Ponderada do Indicador
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAB fixo	Componente Fixo do Piso de Atenção Básica
PAB variável	Componente Variável do Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PREFAPS	Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAB/SES	Superintendência de Atenção Básica.
SAPS/MS	Secretaria de Atenção Primária a Saúde do Ministério da Saúde
SAPS/SES	Superintendência de Atenção Primária a Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Serviços de Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SisPPI	Sistema Informatizado para a Programação Pactuada e Integrada
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
Sesp	Serviços Nacionais de Saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	OBJETIVOS DO ESTUDO	22
1.1	Objetivo geral	22
1.2	Objetivos específicos	22
2	CAMINHO METODOLÓGICO	23
2.1	Aspectos éticos	30
3	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SEUS REFLEXOS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
3.1	O processo de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro	33
3.2	A organização da APS no território do estado do Rio de Janeiro	40
3.3	A organização da APS no território do município do Rio de Janeiro	43
4	O SUS E A ORGANIZAÇÃO DE SUA MODALIDADE DE FINANCIAMENTO DA APS	47
4.1	Breve trajetória da APS e de sua modalidade de financiamento no SUS	50
4.2	A descentralização como diretriz do SUS, sua operacionalização e a implantação do Piso de Atenção Básica	51
4.3	O programa Previnde Brasil e as mudanças no custeio da APS	57
4.3.1	Componente Capitação Ponderada	61
4.3.2	Componente Pagamento por Desempenho	64
5	A MUDANÇA NO FINANCIAMENTO DA APS: O CASO DO RIO DE JANEIRO	68
5.1	As iniciativas da SES-RJ e do COSEMS-RJ frente a mudança no financiamento federal da APS	76
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	92
	ANEXO A – Carta de Anuência	102
	ANEXO B – Orientador do financiamento federal das equipes da atenção	

básica - 2018.....	103
ANEXO C – Nota técnica explicativa – Relatório de Cadastro.....	108
ANEXO D – Nota técnica n°5/2020-DESF/SAPS/MS.....	116

INTRODUÇÃO

Durante a graduação na Faculdade de Odontologia da UERJ, de 2000 a 2004, ocorreram as primeiras interações como profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda sem a compreensão da dimensão do sistema. Na época, início dos anos 2000, na grade curricular, o SUS me foi apresentado no último período da faculdade, em duas aulas, com alguns *slides* conceituais.

Anos depois, após quase quatro anos de formada e trabalhando no setor privado, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), onde fui definitivamente apresentada ao SUS e à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram dois anos de imersão no campo de prática, aprendendo conceitos e práticas no cotidiano da formação em saúde, um momento que marcou definitivamente meu encontro com o setor público e me fez achar meu lugar, entender que eu poderia promover saúde também fora das quatro paredes do consultório.

Terminei a Residência em abril de 2010, período marcado pela forte expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, porém, diferentemente da maioria dos meus colegas de turma, que rapidamente se inseriram na atenção básica municipal, acabei tendo a oportunidade de ingressar na Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) na Assessoria de Regionalização, onde permaneci aproximadamente 11 meses. Ao ser convocada em Processo Seletivo da FESP¹ e logo depois ser chamada no concurso público para o município de Nova Iguaçu, meus caminhos pela gestão voltaram a se aproximar da atenção básica e minha trajetória no setor privado se encerrava.

Pelo processo seletivo da FESP, fui lotada na área técnica de Saúde Bucal da Superintendência de Atenção Básica da SES (SAB-SES), e no município fui lotada na Coordenação de Saúde Bucal. A possibilidade de participar da gestão de forma concomitante no estado e no município foi extremamente importante para entender potencialidades e fragilidades do SUS nas diferentes esferas de governo. Em 2013, recebi o convite para integrar a Assessoria Técnica da SAB-RJ, onde pude, até março de 2021, realizar apoio institucional a quatro regiões de saúde: Metropolitana II, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande e Metropolitana I. Nesse lugar de apoio institucional, a aproximação com questões referentes ao processo de trabalho, tanto da gestão da AB, quanto nas equipes de saúde da

¹ Fundação Escola de Serviço Público do Estado do Rio de Janeiro.

família (eSF) nos territórios, sempre eram, de certa forma, atravessadas pelo financiamento do SUS. Nesse lugar, tive o desafio de acompanhar o financiamento estadual para a atenção básica, que existe no estado desde 2007 e que no meu entender é muito importante para conseguir garantir o papel do Estado como partícipe na política de atenção básica do SUS e como contribuinte no financiamento tripartite, apesar de sabermos que, sobretudo no que se refere à AB, o grande peso do financiamento recai sobre os entes municipais.

Após uma trajetória de quase 10 anos na gestão estadual como integrante da equipe, da hoje denominada Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS-RJ), em março de 2021 recebi o convite para assumir a Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ), onde permaneço. Uma proposta desafiadora de entender o papel das comissões intergestoras se apresentou, a parti da necessidade de ampliar o olhar para além da AB e buscar pactuações consensuais entre os entes, frente aos desafios existentes no SUS do estado do Rio de Janeiro. Como não poderia deixar de ser, o financiamento do SUS tem destaque entre as pautas debatidas na CIB-RJ, principalmente as relacionadas à Programação Programada Integrada (PPI) e aos cofinanciamentos estaduais, como o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS), estratégia para o financiamento estadual da Atenção Primária em Saúde (APS) no estado do Rio de Janeiro.

Falar neste trabalho sobre a mudança do financiamento federal da APS tem relação com minha trajetória de formação e imersão profissional no SUS. Compreender o que esta mudança de fato representa e pode reverberar, no contexto político do país e do SUS e seus possíveis reflexos para a organização da atenção básica no estado do Rio de Janeiro, é a minha questão de pesquisa.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, com a Constituição Federal de 1988, tem o desafio de organizar a assistência à saúde de forma universal, hierarquizada e regionalizada, com garantia de assistência integral à saúde. Com a intenção de operacionalizar essa organização, foram publicadas normativas com o objetivo de organizar as responsabilidades dos entes federativos relacionadas ao financiamento, à coordenação das ações e serviços de saúde e à operacionalização dos componentes do sistema.

Ao nos aproximarmos do recorte da Atenção Primária à Saúde (APS), com o foco em sua operacionalização, implementação e financiamento, destacamos o papel da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96). Ela definia a responsabilidade tripartite no financiamento da APS e, para os padrões da época, trazia a proposta inovadora de uma transferência de custeio para APS composto por um componente fixo (PAB fixo) e outro variável (PAB variável), denominado Piso de Atenção Básica (PAB). O primeiro componente

era calculado de forma *per capita* e o segundo previa transferência de custeio para a implantação e manutenção de equipes de saúde da família (eSF) e equipes de agentes comunitário de saúde (PACS) do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1996).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 incorporou na APS outras equipes para além das equipes de saúde da família (eSF), inicialmente propostas, dentre as quais destacamos o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a equipe de Consultório na Rua (eCNR) e as equipes de Saúde Bucal (eSB), que tinham papel fundamental na ampliação do escopo das ações da atenção básica (AB). Em relação ao financiamento, naquele momento foram implantadas faixas para a transferência do componente variável do PAB, que considerava vulnerabilidades como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no cálculo da transferência *per capita* previsto para os municípios (BRASIL, 2006).

Em 2011, foi publicada a revisão na PNAB e criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela portaria MS nº 1654. O PMAQ-AB se constituiu como iniciativa para qualificação dos serviços e do processo de trabalho da atenção básica, com adesão voluntária dos gestores e trabalhadores das eSF. Em relação ao financiamento, o PMAQ-AB teve seu incentivo inserido no escopo do PAB variável, com destaque, mais uma vez, para o papel indutor do financiamento para adesão aos programas da APS (BRASIL, 2011b).

A atualização da PNAB, em 2017, apresentou como destaque a possibilidade de financiamento de equipes de atenção básica (eAB), compostas apenas por médico e enfermeiro e a possibilidade de ter apenas um ACS na equipe de saúde da família. Segundo Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020), essa possibilidade de financiamento para a implantação de eAB não se refletiu em aumento do cadastramento destas equipes. A maioria dos gestores municipais (75%) continuou preferindo a modalidade de eSF na organização da atenção básica nos seus territórios (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Em 2019, o Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria MS nº 2.979, apresentou a nova proposta federal para o custeio da APS no país, o programa Previner Brasil. Esta proposta extinguiu o Piso de Atenção Básica (PAB) e estabeleceu que o custeio passasse a ser realizado com base nos seguintes componentes do programa: i) Capitação Ponderada, que prevê transferência por cada usuário cadastrado em uma equipe, seja ela eSF ou equipe de Atenção Primária (eAP); ii) Pagamento por Desempenho, que prevê transferência atrelada ao alcance de metas dos indicadores propostos pelo MS; e iii) Incentivo a Ações Estratégicas.

Os dois primeiros componentes englobam os recursos referentes às transferências do PAB fixo e do PAB variável relacionados às equipes de saúde da família, equipes NASF e ao PMAQ-AB. O último componente prevê transferências para ações consideradas estratégicas, dentre as quais destacamos as equipes de Saúde Bucal, Consultório na Rua, Agentes Comunitários de Saúde e Informatiza APS, dentre outras.

O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ), em parceria com a Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), realizou um estudo, publicado na Nota Técnica COSEMS-RJ n° 02/2019, que identificou que, se as regras do Previne Brasil fossem implantadas como previsto, os municípios do estado teriam perdas importantes no financiamento, ao contrário do que era alegado pelo Ministério da Saúde. Esse documento foi amplamente divulgado e o estudo apresentado em encontro realizado com a representação dos municípios, academia, estado e MS, na Secretaria de Estado de Saúde em 18 de outubro de 2019.

O advento da Pandemia da Covid-19, algo completamente inesperado, fez o governo federal postergar o início das regras do Previne Brasil, fazendo com que os municípios continuassem a receber o montante de recursos previstos nas regras de transição do financiamento da APS e, até o momento, os municípios não sentiram o “peso da perda” dos recursos direcionados à APS (BRASIL, 2020j).

Observando o caminho ditado pelas normas federais, o papel do financiamento federal aparece como estratégico para a indução de modelo de organização da APS no país, fato que se reflete no estado do Rio de Janeiro. Considerando o papel histórico do financiamento na indução de mudanças do modelo de atenção, o presente projeto tem como pergunta norteadora: a mudança na sistemática de financiamento federal pode induzir a (re)organização da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro?

O objeto da pesquisa consiste em verificar se a mudança no modelo de financiamento federal para atenção primária continuará a ter papel indutor nos modelos de organização da APS no estado do Rio de Janeiro, e se estes estarão alinhados com os princípios da universalidade e atenção integral do SUS. A pesquisa explora como estava organizada a APS no estado anteriormente à publicação do Previne Brasil, no período compreendido entre 2017 e 2019, e no primeiro ano de vigência do programa (2020), tentando verificar as alterações que se apresentaram com a mudança no modelo de financiamento federal.

Como ferramenta de apoio a esta análise, utilizaremos a Nota Técnica do COSEMS n°02/2019, para projetar os possíveis impactos do Previne Brasil no financiamento da APS,

que trabalha de forma mais aprofundada o componente de Capitação Ponderada do programa. Ressaltamos que este estudo tem como recorte para análise dois aspectos do programa Previner Brasil: a Capitação Ponderada e o Componente Pagamento por Desempenho.

O primeiro capítulo do presente trabalho aborda a caracterização do estado do Rio de Janeiro descrevendo o processo de regionalização e como a atenção primária à saúde está organizada no território do estado e da capital. O segundo capítulo, apresenta o Sistema Único de Saúde, com ênfase na descentralização e seu papel na organização e operacionalização do financiamento da APS. Neste está descrito o financiamento do custeio da APS até 2019 que era realizado na forma do Piso de Atenção Básica (PAB). Segue descrição da nova proposta de financiamento instituída pelo programa Previner Brasil. O terceiro capítulo tem como tema a mudança do financiamento da APS no estado do Rio de Janeiro, incluindo aqui os principais movimentos realizados no estado pelo COSEMS-RJ e pela SAPS-RJ. Nas considerações finais são apresentadas reflexões acerca da nova proposta de financiamento da APS e os principais achados da pesquisa empírica aos seus efeitos na (re)organização da APS no estado do Rio de Janeiro.

1 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1 Objetivo geral

Documentar o processo de transição do modelo de financiamento federal da APS implantado pelo programa Previne Brasil no período 2019-2021 e as iniciativas da SES-RJ e do COSEMS-RJ frente aos potenciais reflexos na (re)organização da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro.

1.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de regionalização do sistema de saúde no território estadual e a organização da APS nos municípios e do estado do Rio de Janeiro.
- Discutir as características dos modelos de transferência de recursos federais para o custeio da APS estabelecidos pelas NOBs e pelo programa Previne Brasil.
- Estudar os efeitos financeiros da substituição do modelo de transferências federais para APS – PAB fixo e componente do PAB variável para equipes de Saúde da Família e equipes de NASF-AB pelo componente I – Capitação Ponderada do Programa Previne Brasil.
- Estudar os efeitos financeiros da substituição do modelo de transferências federais para APS – PAB variável para custeio do PMAQ pelo componente II – Desempenho do Programa Previne Brasil.
- Identificar as principais potencialidades, fragilidades e riscos do modelo de transferência de recursos federais para o custeio da APS do Programa Previne Brasil para a (re)organização da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro.

O estudo se justifica pela necessidade de aprofundar a discussão sobre o Programa Previne Brasil, usando como importante referência a Nota Técnica nº 02/2019 do COSEMS-RJ, observando suas principais características, quando comparado ao modelo de financiamento federal anterior da APS (PAB Fixo e PAB Variável), para informar as discussões técnico políticas da SES-RJ e do COSEMS-RJ com o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso de caráter exploratório, descritivo com a combinação de diferentes métodos de pesquisa, fazendo uso de pesquisa bibliográfica e documental e de dados primários e secundários. Segundo Godoy (1995), o estudo de caso é uma estratégia adotada para responder a questões relacionadas a determinado fenômeno no qual existem poucas possibilidades de controle sobre o evento a ser estudado. O uso desta estratégia com o enfoque exploratório e descritivo pode permitir o acesso a múltiplas possibilidades durante a execução do estudo, aproximando-o de um cenário complexo e real.

A orientação do recorte proposto para o estudo considerou alguns fatores, como o tempo para sua realização, a pouca produção bibliográfica acerca da nova proposta de financiamento da APS e as limitações relacionadas às informações disponibilizadas nos sistemas oficiais, motivo que nos levará a trabalhar com os componentes I - Capitação Ponderada e II - Desempenho do programa Previner Brasil.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de consulta à *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo textos completos publicados nos últimos 20 anos, a partir dos seguintes descritores: financiamento da atenção básica, financiamento da atenção primária à saúde, Previner Brasil, financiamento do Sistema Único de Saúde, normas operacionais básicas, indução financeira no SUS.

Quadro 1 – Quadro-resumo dos documentos selecionados na pesquisa bibliográfica

Fonte	Descritor	Resultado da Busca	Primeira seleção
Scielo	Financiamento da Atenção Básica	53 textos	15 artigos
	Financiamento da Atenção Primária à Saúde	61 textos	11 artigos
	Previne Brasil.	05 textos	0 textos
	Financiamento do Sistema Único de Saúde	189 textos	09 artigos
	Normas Operacionais Básicas	07 textos	03 artigos
	Indução Financeira no SUS	05 textos	01 artigo
BVS	Financiamento da Atenção Básica	678 textos	14 artigos
	Financiamento da Atenção Primária à Saúde	378 textos	17 artigos
	Programa Previne Brasil.	40 textos	06 artigos
	Financiamento do Sistema Único de Saúde	1527 textos	08 artigos
	Normas Operacionais Básicas	61 textos	01 artigo
	Indução Financeira no SUS	24 textos	04 artigos
Material Impresso	A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In. Políticas de Saúde no Brasil: continuidade e mudanças. Org. Machado, Cristiani Vieira <i>et al.</i> Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012	-	01 capítulo
	Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento. MARQUES, R. S.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p-139-168	-	02 capítulos
	Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas. Org. Maria Helena Magalhães de Mendonça <i>et al.</i> Ed. Fiocruz, 2018.	-	01 capítulo
	Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS – Vol. II – Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. AKERMAN, M <i>et al.</i> (Org.) São Paulo: Hucitec, 2020		03 capítulos
	APS + 10: painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro. GUIMARÃES et al. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022		01 capítulo

Fonte: A autora, 2022.

A pesquisa em *sites* oficiais envolveu a consulta a: portarias, notas técnicas, orientações, no âmbito federal e estadual e do Conselho dos Secretários Municipais do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ), que tenham relação com esta temática.

Quadro 2 - Documentos da Esfera Federal selecionados após a realização da busca em sítios eletrônicos oficiais (continua)

Normativa	Título	Tópicos principais
Constituição de 1988	Constituição da República Federativa do Brasil.	Proposta de nova organização da assistência à saúde no Brasil.
Lei nº 8.080, de 19/07/1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Princípios e Diretrizes para organização do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº. 2.203, de 06/11/1996.	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.	Apresenta a proposta de financiamento da Atenção Básica, estabelecendo o Piso de Atenção Básica, composto por um componente fixo e outro variável. Versa sobre as responsabilidades dos entes municipais sobre a Atenção Básica
Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.	Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde	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 SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Decreto nº 28, de junho de 2011	Regulamenta a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde.	Regulamenta o SUS, o planejamento da saúde, a assistências à saúde e a articulação interfederativa.
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.	Instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e foi revogada pela Portaria nº 1.645, de 2 de Outubro de 2015.
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).	Atualiza as regras do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Quadro 2 - Documentos da Esfera Federal selecionados após a realização da busca em sítios eletrônicos oficiais (continua)

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).	Apresenta o regramento para organização da atenção primária no território nacional, regras de financiamento e a proposta de financiamento de novas modalidades de equipes: eAB.
Nota metodológica MS/2017	Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica.	Apresentar a ficha de qualificação do indicador de cobertura populacional estimada na Atenção Básica, com a sua nova fórmula de cálculo.
Portaria nº 2.979, de 12/11/2019.	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.	Apresenta a nova proposta de financiamento da Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Previne Brasil formado pelos seguintes componentes: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Ações Estratégicas e suas regras de transição.
Portaria nº 3.222, de 10/12/2019	Dispõe sobre os indicadores do Pagamento por Desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.	Apresenta os indicadores previstos na portaria nº2979 e define as ações estratégicas e indicadores do ano de 2020 e estabelece estratégias para definição dos indicadores dos anos de 2021 e 2022.
Nota metodológica MS/2020	Adaptação ao método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica.	Adaptação do método de cálculo para os meses de maio, junho e julho de 2020.
Nota Técnica nº 5/2020	Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil.	Nota Técnica que apresenta as fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõe o incentivo financeiro de pagamento por desempenho da Atenção Primária à Saúde para o ano de 2020.
Nota Técnica Explicativa – Relatório de Cadastro, 2020	Nota Técnica do relatório de cadastro entre o primeiro quadrimestre de 2018 e o último quadrimestre de 2020.	Nota Técnica Explicativa que apresenta as regras de extração e visualização do Relatório de Cadastros da Atenção Primária à Saúde.
Portaria nº 172, de 31/01/2020	Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE	Lista os municípios do país que receberão ajustes nos valores de transferência de recursos (acrécimo ou manutenção) do valor per capita de transição.

Quadro 2 - Documentos da Esfera Federal selecionados após a realização da busca em sítios eletrônicos oficiais (continua)

Portaria nº 173, de 31/01/2020	Dispõe sobre municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil.	Lista os municípios do país que possuem decréscimo de valores a serem transferidos considerando as estimativas das regras de financiamento do programa Previne Brasil em comparação ao transferido no ano de 2019 No estado do Rio de Janeiro são os municípios de: Areal, Barra do Piraí, Campos dos Goytacazes, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul e Paty do Alferes.
Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020	Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)	Declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 e estabelecer o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.
Portaria nº 29, de abril de 2020	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19)	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil até a competência junho de 2020. Estabelece como prazo para recálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada nas competências do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) junho, agosto e dezembro do ano de 2020.
Portaria nº 42, de 16 de julho de 2020	Prorroga o prazo da Portaria nº 29/SAPS/MS, de 16 de abril de 2020, para dispor sobre o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil.	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil até a competência agosto de 2020. Estabelece como prazo para recálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada na competência do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) agosto do ano de 2020, com efeitos a partir da competência financeira setembro do ano de 2020.

Quadro 2 - Documentos da Esfera Federal selecionados após a realização da busca em sítios eletrônicos oficiais (final)

Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020	Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no anexo da portaria nº 172/GM/MS de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).	Confere aos municípios o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores e, consequentemente transferências referentes a 100% do componente desempenho do programa previne Brasil até a competência financeira de dezembro de 2020. O novo recálculo do valor do incentivo financeiro do pagamento por desempenho ocorrerá na competência do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dezembro do ano de 2020, com efeitos a partir da competência financeira janeiro do ano de 2021.
Portaria nº 47, de 28 de agosto de 2020	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19).	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil até a competência outubro de 2020. Estabelece como prazo para recálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada na competência do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) outubro e dezembro do ano de 2020.
Portaria nº 59, de 26/ de outubro de 2020	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).	Prolongamento das regras de transição até a competência dezembro de 2020 do componente Capitação Ponderada Estabelece como prazo para recálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada na competência do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dezembro do ano de 2020.

Fonte: A autora, a partir de *website* da BVS²; Portal da Legislação³; *website* do CONASEMS⁴.

² <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/advanced/>

³ <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>

⁴ <https://www.conasems.org.br>

Quadro 3 - Documentos da Esfera Estadual selecionados após a realização de busca em sítios eletrônicos oficiais

Normativa	Título	Tópicos principais
Deliberação CIB-RJ nº 648, de 05 de maio de 2009 * Republicada.	Constituir os Colegiados de Gestão Regional do estado do Rio de Janeiro mencionados abaixo.	Apresenta a conformação das 09 regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.
Nota Técnica COSEMS RJ Nº 02/2019.	Análise do impacto da modificação dos critérios de financiamento da Atenção Básica nos municípios do estado do Rio de Janeiro para os anos de 2020 e 2021.	Apresenta cenário da mudança de financiamento da APS para os anos de 2020 e 2021, com foco no componente de capitação ponderada.
Nota Técnica Conjunta SES/COSEMS 03/2020.	Estratégias para ampliação e qualificação do cadastramento no âmbito da Atenção primária à Saúde (APS).	Orienta aos municípios do estado do Rio de Janeiro a traçarem estratégias para fortalecimento das ações e qualificação do cadastramento dos usuários no âmbito da APS com base na territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilização entre a população assistida e as equipes.
Nota Técnica COSEMS RJ Nº 08/2020.	Alinha análises e propostas de encaminhamentos acerca do Programa Previne Brasil.	Encaminha propostas para o MS sobre o programa previne Brasil.
Deliberação CIB-RJ nº 6287 de 12 de Novembro de 2020.	Ratifica Nota Técnica COSEMS-RJ nº08 que alinha análises e propostas de encaminhamentos acerca do Programa Previne Brasil.	Ratifica a Nota Técnica publicada pelo COSEMS-RJ Alinha análises e propostas de encaminhamentos acerca do Programa Previne Brasil.

Fonte: Website do COSEMS-RJ⁵ e da CIB-RJ⁶.

O levantamento de dados secundários foi realizado por meio do uso da ferramenta Tabnet da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que utiliza os dados extraídos dos principais sistemas de informação do SUS. Para o escopo deste trabalho, os dados utilizados são oriundos dos seguintes sistemas: Sistema do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SISAB), baseado na plataforma e-GESTOR do Ministério da Saúde e dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A seguir, apresentamos os dados selecionados para coleta e seus respectivos sistemas de informação.

⁵ www.cosemsrj.org.br

⁶ www.cib.rj.gov.br

Quadro 4 – Quadro-resumo dos dados coletados nos sistemas de informação oficiais do SUS

Fonte	Ferramenta de Coleta	Informações de Interesse	Período
FNS	Tabnet SES-RJ	Transferências realizadas para a APS	2018 a 2020
IBGE		Dados demográficos do estado do Rio de Janeiro	2018 a 2020
e-Gestor-AB	Tabnet SES-RJ	Dados relativos ao número de equipes implantadas no estado do Rio de Janeiro	2018 a 2020
	e- Gestor-AB	Cadastros realizados por eSF e eAP	2018 a 2020
	Tabnet SES-RJ	Cobertura Populacional estimada de APS	2017 a 2020
Cobertura populacional estimada de ESF			

Fonte: A autora, 2022.

2.1 Aspectos éticos

Este estudo dispensa submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, pois faz uso apenas da pesquisa em base de dados, sendo, portanto, de domínio público e contendo informações que não identificam os indivíduos.

3 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SEUS REFLEXOS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A organização político-administrativa do estado do Rio de Janeiro, tal como conhecemos, teve início na década de 1960, com a mudança da Capital Federal do Rio de Janeiro para Brasília, resultando na criação do estado da Guanabara, e finalizada na década seguinte, com a fusão entre o “velho” estado do Rio de Janeiro e o estado da Guanabara. O estado da Guanabara possuía um importante parque industrial, grande expressão cultural, política e uma estrutura de organização de serviços de saúde potente, com a existência de unidades próprias do Distrito Federal, do Ministério da Saúde e do INAMPS, além das universitárias e militares. Por outro lado, o então estado do Rio de Janeiro se configurava como agropecuário, com exceção da existência do complexo Petroquímico da Refinaria de Duque de Caxias e da Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda (PARADA, 2001).

Em relação à saúde, o estado do Rio de Janeiro trabalhava na mesma lógica proposta pelo Ministério da Saúde, com foco nas ações e programas relacionados à saúde pública. Na década de 1990, o estado teve que lidar com a falta de papel definido para o ente estadual, com a necessidade de efetivar a descentralização da saúde para os entes municipais, impulsionada pela proposta do SUS e de instrumentos indutores como as Normas Operacionais Básicas 1991 e 1993 (PARADA, 2001).

A NOB de 1996 previu o pleno funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho de Saúde, como instâncias de negociação e pactuação entre os entes municipais e estaduais. Ressaltou o papel estadual de incentivar os municípios a assumirem a gestão do sistema de saúde no seu território. Inovou ao propor que os municípios sejam os responsáveis por gerenciar os serviços de atenção básica em seu território, criando uma transferência *per capita* – PAB fixo – e de uma transferência variável – PAB variável – atrelado à adesão dos entes municipais ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 1996).

A versão vigente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, reforça que as equipes multiprofissionais da APS trabalhem para ofertar à população de um território definido, ações de saúde individuais, familiares e coletivas e que estas têm responsabilidade sanitária com essa clientela. O mesmo documento reforça o papel de

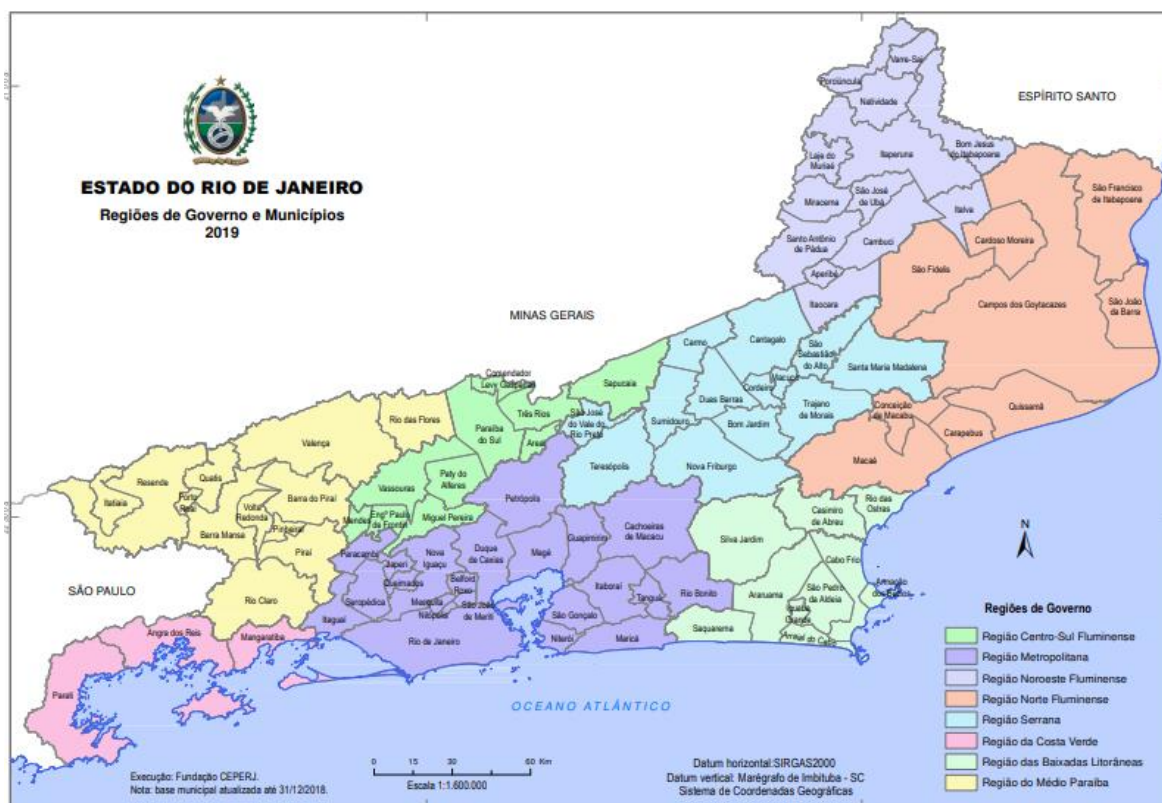
coordenação do cuidado e papel estruturante da SES na organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2017).

O conceito da RAS que trabalhamos no SUS tem proximidade com o conceito de redes regionalizadas de saúde descrito no Relatório Dawson, base para a organização do sistema universal de saúde inglês, o National Health Service (NHS). Conceitos importantes foram apresentados pelo relatório, como os relacionados a territorialização, adscrição de clientela, vínculo, níveis de atenção, porta de entrada e a gestão do cuidado. Esses conceitos também estão previstos no documento de 2008 elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na descrição dos atributos necessários para a organização da rede, entendendo inclusive a necessidade de toda a população ser coberta pelo primeiro nível de atenção. O conceito de regionalização que viabiliza as RAS no SUS tem relação direta com os princípios da universalidade e equidade, foco na ampliação do acesso e diminuição de desigualdades. Dentre os desafios apresentados no caso brasileiro, no texto destacamos os relacionados à constituição de espaço regional e dos entes municipais a ele vinculados, além das questões também relacionadas ao contexto político e institucional, que atravessam o processo de regionalização (CHORNY; KUSCHNIR, 2010).

Por esta razão, é tão importante entender a configuração político-administrativa do estado, sua divisão em regiões de governo (RG) e regiões de saúde (RS) e mapear como a atenção básica está distribuída nos territórios municipais.

O estado do Rio de Janeiro, segundo estimativas do IBGE, possui extensão territorial de 43.750,426 km² e população estimada, para o ano de 2020, de 17.366.189 habitantes; seu IDH é de 0,761 e a renda média mensal familiar de R\$1.723,00. Está organizado em 92 municípios divididos em oito regiões de governo: Baixadas Litorâneas, Centro-Sul Fluminense, Costa Verde, Médio Paraíba, Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Serrana.

Figura 1 - Divisão político-administrativa do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Fundação CEPERJ, 2019.

A organização em regiões de governo é baseada na Lei n° 1.227/87, que aprovou o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social 1988/1991, e foi modificada nos anos subsequentes para os ajustes necessários nas Regiões de Governo (RG). Para compreender a organização do sistema de saúde em território estadual e a distribuição e organização dos serviços da APS nos municípios, é fundamental entender o processo regionalização dos serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro, a distribuição da população no território estadual e as diferenças entre a organização das Regiões de Saúde (RS) e das Regiões de Governo (RG).

3.1. O processo de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro

O processo de regionalização e organização das redes de atenção à saúde (RAS) constitui um desafio para o SUS em âmbito nacional. Na década de 1990, observou-se um

grande movimento em prol da descentralização que aconteceu de forma apartada da discussão sobre a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas. No intuito de retomar esta discussão, nos anos 2000, o Ministério da Saúde publicou as Normas Operacionais Básicas da Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde (CHORNY *et al.*, 2010).

O estado do Rio de Janeiro, impulsionado pela publicação das NOAS, aprovou em 2001 seu Plano Diretor Regional (PDR). Este confirmava a existência de nove regiões de saúde, que foram divididas em microrregiões com a definição de municípios-polo. Em 2007, foi criado o Programa Saúde na Área, com o objetivo de aproximar a SES-RJ das secretarias municipais de Saúde, com a realização de visitas às regiões de saúde do estado pelo secretário estadual e sua equipe técnica. Nesse mesmo ano, a SES aderiu ao Pacto pela Saúde, assumindo o compromisso de apoiar e coordenar o novo processo de regionalização proposto pela normativa (RIO DE JANEIRO, 2013).

No ano de 2009, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), em parceria com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ), realizou um conjunto de oficinas para recepção aos novos gestores municipais com os seguintes objetivos: pactuar a configuração das nove regiões de saúde do estado, além de instituir seus respectivos Colegiados Gestores Regionais (CGR) e confeccionar a agenda para a elaboração dos Planos Regionais de Saúde. (LUCENA *et al.*, 2020). No final do mesmo ano, foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a proposta de divisão do estado em 10 regiões de saúde (RS), na qual a cidade do Rio de Janeiro passou a figurar como RS. Essa configuração das regiões de saúde do estado foi revogada, no ano de 2011, com a publicação da Deliberação CIB-RJ nº 1.452, de 9 de novembro de 2011 (RIO DE JANEIRO, 2009; 2011). A figura a seguir ilustra os marcos estratégicos do processo de regionalização da saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2009 a 2019.

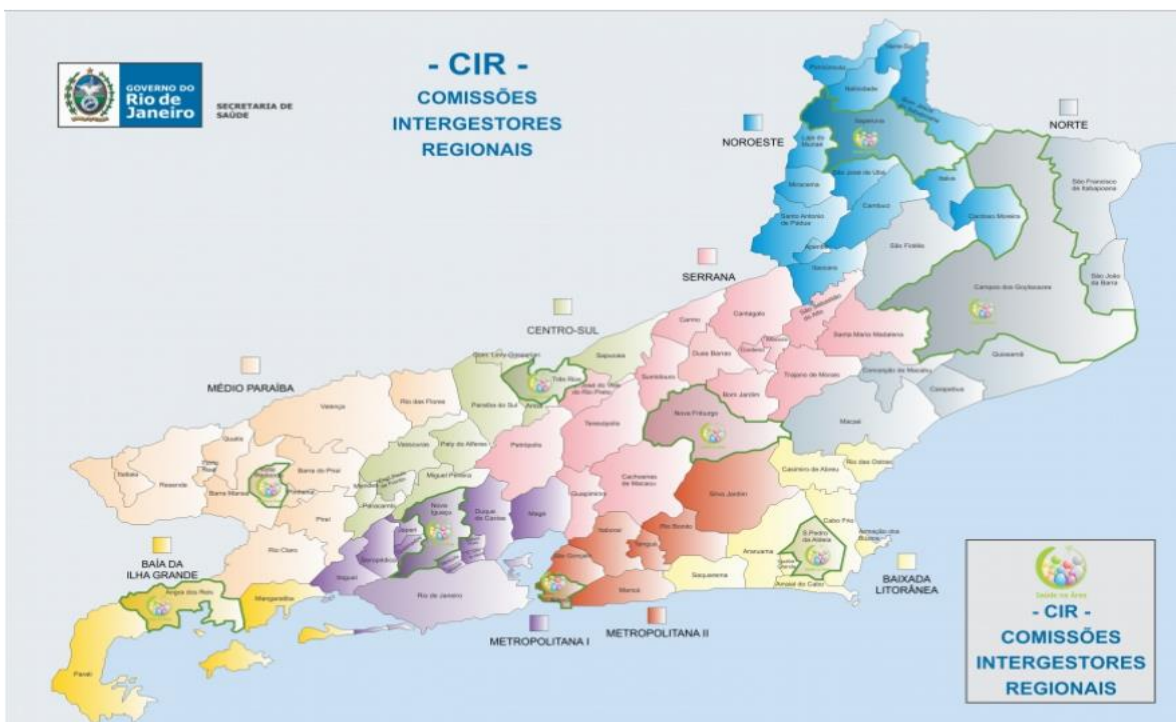
Figura 2 - Marcos do processo de regionalização da saúde do estado do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019



Fonte: Lucena *et al.*, 2020.

Hoje o estado do Rio de Janeiro está conformado por nove Regiões de Saúde, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Norte, Noroeste e Serrana, conforme o mapa abaixo.

Figura 3 - Mapa do estado do Rio de Janeiro com a divisão político-administrativa em Regiões de Saúde



Fonte: Website da Secretaria de Estado de Saúde, 2022.

Com a publicação do Decreto nº 7.806/2011, reafirmou-se o papel das regiões de saúde (RS) como espaço privilegiado da gestão compartilhada da RAS. Destacamos seu papel

de orientar e ordenar os fluxos das ações dos serviços de saúde, de forma a garantir acesso universal, igualitário e ordenado. Além dessa discussão, o documento propôs a criação da instância regional, a Comissão Intergestora Regional (CIR), pensada para substituir os CGR e com papel estratégico no processo de governança regional. A Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, alterou a Lei nº 8.080/90, acrescentando algumas diretrizes operacionais sobre as comissões intergestores do SUS, em seu artigo 14-A:

Art. 14-A As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I – decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II – definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III – fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (BRASIL, 2011b).

As comissões intergestoras são de pactuação consensual, o que exige de seus membros efetivos uma postura negociadora para apreciação e aprovação dos pleitos apresentados, com reflexos importantes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nas regiões de saúde e municípios do estado. São apresentadas nas reuniões pautas referentes a habilitação, credenciamento e implantação de serviços com caráter municipal, regional e estadual, diretrizes para a organização de linhas de cuidados, alocação de recursos referentes à Programação Pactuada e Integrada (PPI), bem como transferências de recursos dos entes federal e estadual aos entes municipais.

No estado do Rio de Janeiro, o processo de PPI foi iniciado mesmo antes da publicação das NOAS 2001, com a criação da Comissão da Programação Pactuada e Integrada (CPPI) (RIO DE JANEIRO, 1998). A NOAS 2001 apresenta a PPI como “instrumento para a garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios” (BRASIL, 2001). Essa pactuação deveria prever fluxos de referência entre os municípios e a coordenação desse processo caberia às secretarias estaduais de Saúde.

Para o planejamento em saúde, ambos os instrumentos, PPI e PDR, são fundamentais para a realização do planejamento em saúde e para impulsionar a organização nas regiões de saúde de fluxos assistenciais para a organização das RAS. No âmbito estadual, após a adesão

ao Pacto pela Saúde, que também trazia a PPI como um importante instrumento para o planejamento e organização da atenção à saúde nas regiões, foi pactuada a confecção de uma nova PPI estadual, que teve início no ano de 2009 e foi finalizada com a publicação pela CIB das Diretrizes para a confecção na PPI, onde estava previsto o uso do Sistema Informatizado para a Programação Pactuada e Integrada (SisPPI) e o estabelecimento de fluxos, além do acompanhamento das solicitações relacionadas ao pactuado em PPI via central de regulação estadual das solicitações (RIO DE JANEIRO, 2010).

Em 2018, foi publicada a Resolução CIT nº37/2018, com o objetivo de propor a construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização das macrorregiões de saúde. Em seu Art. 2º, a Resolução apresenta a seguinte redação:

Art. 2º O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando as seguintes orientações:

I – O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

II – A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável[...]

§ 1º A CIB deverá pactuar as diretrizes que orientarão o processo de planejamento regional integrado, bem como o monitoramento do Plano Regional.

§ 2º O Plano Regional resultante do PRI deverá ser pactuado na CIB que terá a responsabilidade de monitorar a sua execução a partir das informações fornecidas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) já organizadas nas regiões de saúde.

§ 3º A consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde. (BRASIL, 2018a).

A mesma resolução apresenta, no seu artigo terceiro, os critérios para o estabelecimento das macrorregiões de saúde:

Art. 3º[...]

I. Conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;

II. Contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território.

Parágrafo Único. Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer (BRASIL, 2018a).

Com o intuito de atender à proposta apresentada, o estado do Rio de Janeiro, ainda em 2018, publicou suas três macrorregiões de saúde, porém no final do mesmo ano, após a

realização de discussões bipartites, elas foram revogadas em plenária da CIB-RJ (RIO DE JANEIRO, 2018a; 2018b). Em 2021, a CIB-RJ pactuou, em caráter preliminar, uma única macrorregião composta pelas nove RS do estado do Rio de Janeiro. Esta macrorregião será reavaliada durante o processo de execução do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI/SUS⁷, atualmente em andamento no âmbito estadual (RIO DE JANEIRO, 2021).

Para além do olhar para a conformação territorial do estado do Rio de Janeiro, é importante entender a dinâmica da distribuição da população no território estadual e a implicação dessa conformação no alcance dos indicadores de saúde nos municípios, RS e estado.

Tabela 1 - Composição das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e sua população estimada para o ano de 2020

Região de Saúde/ Município	População estimada 2020
Baía da Ilha Grande	295.944
Baixada Litorânea	855.444
Centro-Sul	342.078
Médio Paraíba	918.097
Metropolitana I	10.542.254
Metropolitana II	2.131.058
Noroeste	349.417
Norte	955.122
Serrana	976.775
Estado do Rio de Janeiro	17.366.189

Fonte: Tabnet da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

A maior parte da população do estado do Rio de Janeiro se concentra nas regiões Metropolitana I e Metropolitana II, onde vivem, respectivamente, 60,70% e 12,27%. O restante da população estadual, 27,03%, está distribuída nas outras sete RS. A tabela a seguir

⁷ Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS): este programa permite que entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde como de excelência possam realizar projetos de apoio e prestar serviços ambulatoriais e hospitalares para o SUS por meio de Termo de Ajuste firmado entre a entidade e o Ministério da Saúde. Os recursos para a execução dos projetos e da assistência são provenientes de isenções fiscais concedidas às entidades participantes.

foi elaborada para permitir verificar a distribuição dos municípios de estado por faixa populacional.

Quadro 5 - Composição das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e sua população estimada para o ano de 2020

Divisão por Porte Populacional	Total de municípios em cada faixa.	Regiões de Saúde/Municípios.	População por faixa habitacional
Até 50.000 hab.- Faixa I	54	BIG ⁸ (2 municípios), BL ⁹ (4 municípios), CS ¹⁰ (9 municípios), MP ¹¹ (7 municípios), M2 ¹² (2 municípios), N ¹³ (6 municípios), NO ¹⁴ (14 municípios), SE ¹⁵ (10 municípios)	1.242.894
50.001 até 150.000 hab- Faixa II	15	BL (3 municípios), CS (2 municípios), MP (3 municípios), M1 ¹⁶ (3 municípios), M2 (2 municípios), NO (1 município), SE (1 município)	1.384.218
150.001 até 300.000 hab- Faixa III	14	BIG (1 município), BL (2 municípios), MP (2 municípios), M1 (4 municípios), M2 (2 municípios) N (1 município)	2.832.412
300.001 até 500.000 hab – Faixa IV	2	M1 (1 município), SE (1 município)	779.584
500.001 até 1.000.000 hab - Faixa V	5	M1 (3 municípios), M2 (1 município), N (1 município)	3.287.529
Acima de 1.000.001 hab – Faixa VI	2	M1(1 município), M2 (1 município)	7.839.552
Estado do Rio de Janeiro		92 municípios e 9 regiões de Saúde	17.366.189

Fonte: A autora, 2022.

Para a realização desta breve análise, trabalhamos com a população IBGE referente ao ano de 2020 dividida em cinco faixas populacionais. A primeira faixa, até 50.000 habitantes, concentra 54 dos 92 municípios do estado. As duas faixas seguintes, que têm o recorte de 50.001 até 300.000 habitantes, concentram 29 municípios. Quando olhamos para as três últimas faixas, de 300.001 até acima de 1.000.001, estas concentram nove municípios do

⁸ Região de Saúde da Baía da Ilha Grande. Composta por 3 municípios.

⁹ Região de Saúde da Baixada Litorânea. Composta por 9 municípios.

¹⁰ Região de Saúde Centro-Sul. Composta por 12 municípios.

¹¹ Região de Saúde Médio Paraíba. Composta por 11 municípios

¹² Região de Saúde Metropolitana II. Composta por 7 municípios.

¹³ Região de Saúde Norte. Composta por 8 municípios.

¹⁴ Região de Saúde Noroeste. Composta por 14 municípios.

¹⁵ Região de Saúde Serrana. Composta por 16 municípios.

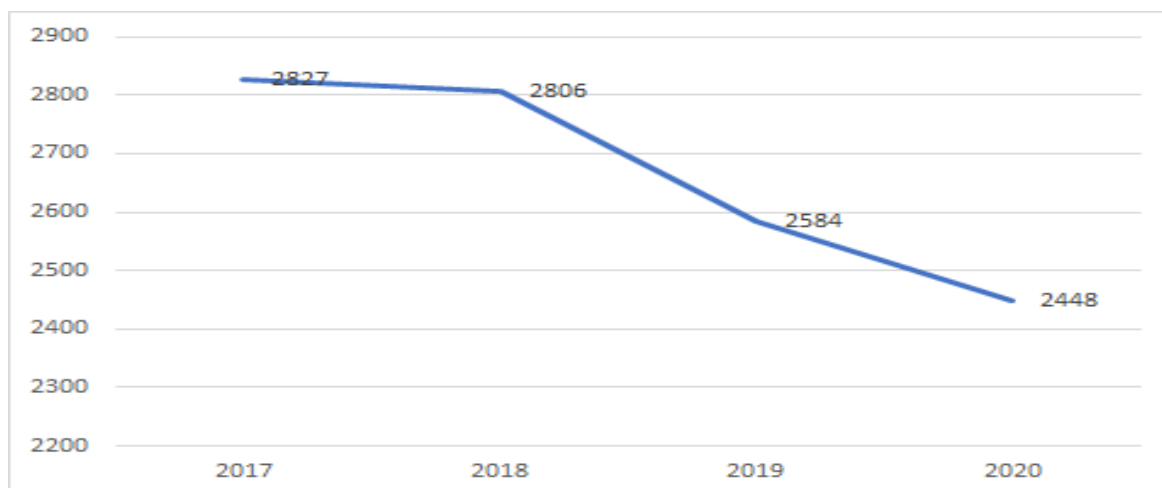
¹⁶ Região de Saúde Metropolitana I. Composta por 12 municípios, incluindo a Capital do estado.

estado. Ao olhar para a distribuição regional, observa-se que nas faixas com maior adensamento populacional temos representantes das duas regiões metropolitanas, um município da região Norte e um município da região Serrana. Vamos destacar também o contingente populacional da Capital (6.747.815 hab.), que corresponde a 38,85% da população do estado, seguido pelo município de São Gonçalo, que possui 1.091.737 habitantes. Quando olhamos para a distribuição da população no território do estado/RS, verificamos a relevância dos resultados da cidade do Rio de Janeiro e das regiões metropolitanas para o alcance, no âmbito estadual, de resultados satisfatórios dos indicadores de saúde.

3.2. A organização da APS no território do estado do Rio de Janeiro

Em relação ao número de equipes de saúde da família existentes no estado do Rio de Janeiro, no período de 2017 a 2020, podemos observar, no gráfico 1, a flutuação que ocorreu no período analisado. Observa-se um decréscimo no período 2017-2020 de 379 equipes de saúde da família (eSF), com destaque para o período 2018-2019, quando houve diminuição mais expressiva de eSF, com a perda de 222 equipes em todo estado. Essa retração no número de eSF em funcionamento também tem reflexos diretos nas coberturas de APS e de ESF do estado.

Gráfico 1 - Número de equipes de Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro, de 2017 a 2020

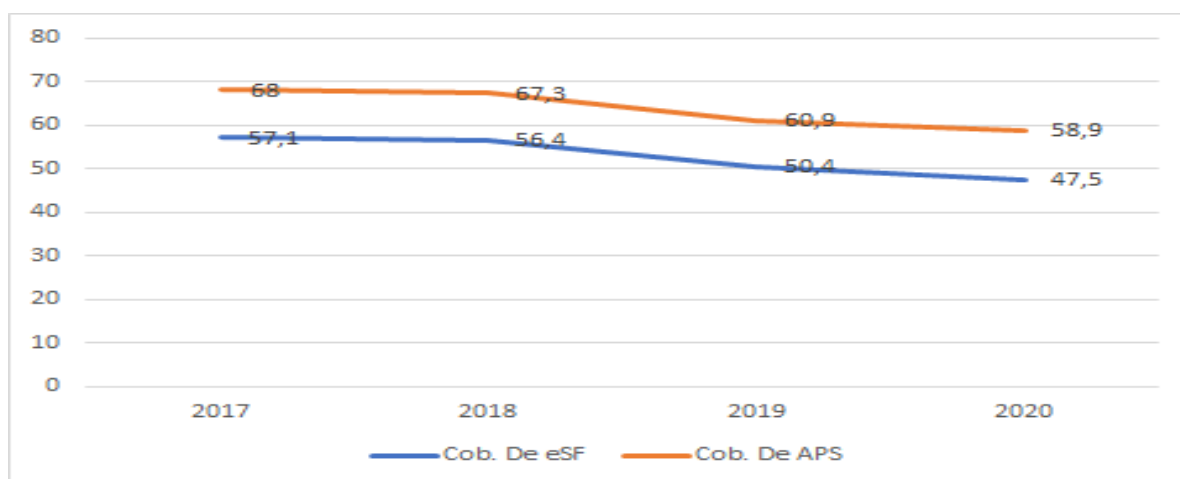


Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2021.

O estado do Rio de Janeiro apresentou, a partir do ano de 2007, uma tendência de crescimento da sua cobertura populacional por equipes de Atenção Primária à Saúde (RIO DE JANEIRO, 2020). Como em outros grandes centros urbanos brasileiros, a cobertura na Capital e dos grandes municípios que compõem as regiões Metropolitanas I e II reflete de forma expressiva no resultado do estado, conforme exposto no gráfico que se segue.

Ao comparar o ano de 2017 com 2020, observa-se um decréscimo de cobertura de 12,4%, com as regiões Metropolitanas I e II apresentando, respectivamente, um decréscimo de 18,9% e 2,8%, contribuindo para o resultado estadual. Dentre as regiões que no mesmo período tiveram um resultado de aumento nas suas coberturas, destacamos a região Serrana, com acréscimo de 6%.

Gráfico 2 – Cobertura populacional estimada de Estratégia de Saúde da Família e de Atenção Primária do estado do Rio de Janeiro, de 2017 a 2020¹⁷



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2021.

Para entender o método de cálculo das coberturas populacionais, é necessário fazer algumas observações: no estado do Rio de Janeiro, podemos afirmar que o número de eSF é relevante para o cálculo de cobertura de APS. Também podemos observar que ambas as coberturas, de APS e de ESF, sofreram declínio no estado no período avaliado e estão diretamente relacionadas ao declínio do número de eSF.

¹⁷ O método de cálculo utilizado para a cobertura populacional estimada de APS faz uso em seu denominador das equipes de atenção primária segundo a nota técnica disponibilizada no e – gestor: “nº de eSF* 3.450 + (nº eAB parametrizadas + nº eSF equivalentes) * 3.000 *100/ Estimativa Populacional”. Já o cálculo de cobertura populacional estimada pelas equipes de estratégia de saúde da família é feito considerando o número de eSF/3.450 *100.

O ano de 2020 foi o primeiro de vigência do programa Previne Brasil. Desde a publicação da portaria que regulamentou o programa, em 2019, os municípios do estado começaram a se organizar para conseguir alcançar os patamares de cadastro propostos pelo Ministério da Saúde no que diz respeito ao componente de capitação ponderada. Em consulta realizada ao site e-Gestor, verificamos na tabela a seguir o consolidado do estado do Rio de Janeiro referente aos cadastros existentes no sistema de informação, que servem como base para as transferências pelo MS do componente de capitação ponderada.

Tabela 2 - Número de cadastros individuais dos municípios do estado do Rio de Janeiro, 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019 e 2020

Quadrimestre/ Ano	Número de cadastro individuais no sistema de informação da APS (SISAB)	Número de cadastro individuais no sistema de informação da APS (SISAB)- equipes homologadas pelo MS.
3º Quadrimestre/ 2018	3.835.651	3.713.693
3º Quadrimestre/ 2019	4.969.560	4.865.590
3º Quadrimestre/ 2020	8.124.903	7.962.570

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a atenção Básica – SISAB, 2022.

Este dado leva em consideração todas as equipes existentes nos municípios do estado, e não apenas as equipes homologadas pelo MS. O parâmetro esperado de cadastro para o estado do Rio de Janeiro é de 11.936.667 cadastros. Observou-se aumento relevante no número de cadastros individuais no estado, refletindo o esforço dos municípios em desempenhar essa tarefa. Quando se compara, usando como parâmetro a segunda coluna da tabela acima, o 3º quadrimestre de 2019 com o 3º quadrimestre de 2020, verifica-se um aumento de 3.155.343 no número de cadastros, mesmo sendo 2020 um ano atípico por conta da pandemia de Covid-19 e seus reflexos na organização do SUS.

Em consulta realizada ao Tabnet da SES-RJ, que importa seus dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), foi possível identificar os valores de transferências financeiras referentes à Atenção Básica no período de 2018 a 2020, descritos na tabela apresentada a seguir.

Tabela 3 - Valores transferidos aos municípios do estado do Rio de Janeiro, referentes ao componente de Atenção Básica, nos anos de 2018 a 2020

Ano	Valor repassado para o componente de Atenção Primária à Saúde – PAB Fixo; Variável; PREVINE BRASIL
2018	984.721.068,51
2019	1.001.465.797,53
2020	1.093.425.667,53

Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2021.

Verifica-se um aumento dos recursos de 2018 a 2019, de 1,72%, e de 2019 a 2020, de 9,19%. Isso permite atestar que, olhando de forma global, o volume de transferências federais para a APS aumentou no período, como reflexo da não implementação do regramento do novo financiamento devido à pandemia da Covid-19.

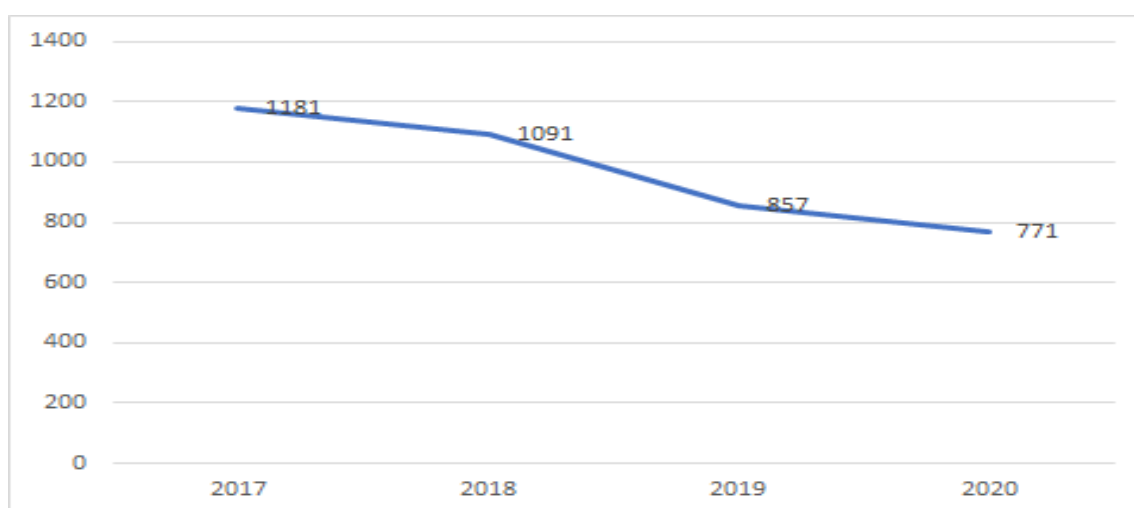
3.3. A organização da APS no território do município do Rio de Janeiro

O investimento municipal nos anos 2000 na ampliação da Estratégia de Saúde da Família teve início no governo César Maia, com a confecção de uma proposta do então secretário de saúde Sérgio Arouca, visando transformar o “modelo hospitalocêntrico”, até então prevalente, em um modelo voltado para a organização do sistema de saúde municipal tendo como base a atenção primária. A proposta previa a expansão da eSF em 60% do território da cidade, com foco nas áreas vulneráveis. A proposta não foi levada adiante com a saída do secretário de Saúde e, ao final de 2008, o município apresentava uma cobertura de aproximadamente 7% da sua população. No governo de Eduardo Paes foi retomado este movimento de expansão, utilizando a gestão por Organizações Sociais (OSS) para proporcionar uma rápida implantação de equipes e contratação de recursos humanos, que gerou conflitos entre trabalhadores estatutários e contratados. No governo Crivella, chamou atenção a realização de um processo denominado “Reorganização dos serviços de atenção

primária à saúde”, que na prática foi um processo de redução de cobertura, com a extinção de equipes (GUIMARAES *et al.*, 2022).

O contingente populacional da capital corresponde a 39% da população do estado. Além da influência direta deste contingente populacional nos resultados estaduais referentes a quaisquer indicadores de saúde, é relevante olharmos especificamente o quantitativo de eSF e o impacto do declínio do número de equipes municipais no resultado do estado. O gráfico abaixo demonstra que, no período de 2018-2019, ocorreu a maior redução do número de eSF, com a perda de 234 equipes. No período de 2017 a 2020, observa-se que a capital perdeu 410 equipes. Essa grande perda de equipes causou um grande decréscimo nas coberturas de APS e ESF da capital.

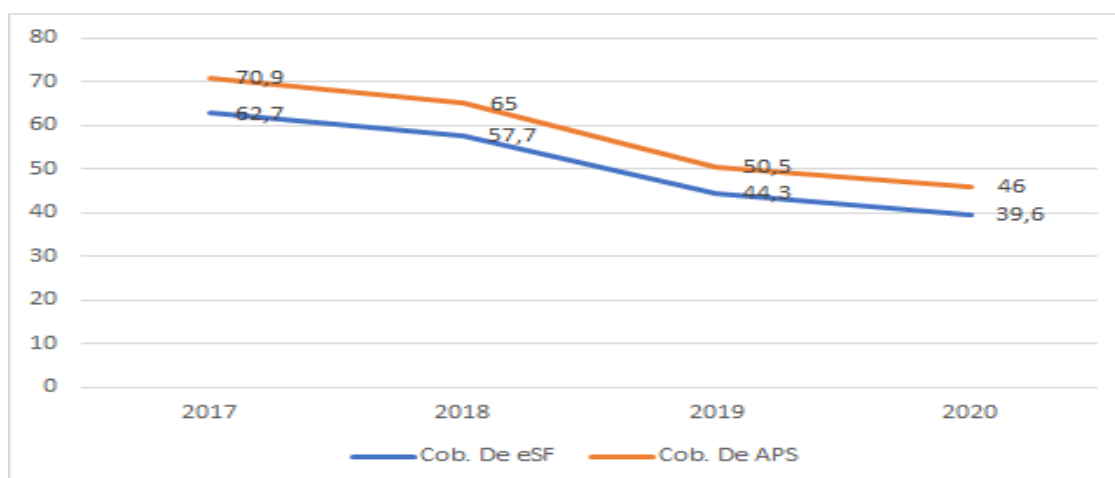
Gráfico 3 – Número de equipes de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, de 2017 a 2020



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2021.

A cobertura populacional estimada de APS da capital passou de 70,9% em dezembro de 2017 para 46% em dezembro de 2019. A cobertura populacional estimada de eSF no mesmo período passou de 62,7% para 39,6%. A maior queda nas coberturas correspondeu ao período de maior perda do número de equipes de saúde da família (2018-2019), quando a cobertura de APS caiu de 65% para 50,5%, e a cobertura de eSF de 57,7% para 44,3%.

Gráfico 4 – Cobertura populacional estimada de Estratégia de Saúde da Família e de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, 2017 a 2020



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2021.

O esforço de cadastro da população vinculada à atenção primária foi intensificado já no final do ano de 2019, com a publicação do programa Previne Brasil. A tabela 4 aponta a evolução do número de cadastros individuais no município do Rio de Janeiro.

Tabela 4 - Número de cadastros individuais do município do Rio de Janeiro, 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019 e 2020

Quadrimestre/ Ano	Número de cadastro individuais no sistema de informação da APS (SISAB)	Número de cadastro individuais no sistema de informação da APS (SISAB)- equipes homologadas pelo MS.
3º Quadrimestre/2018	1.504.692	1.444.130
3º Quadrimestre/2019	2.103.717	2.056.074
3º Quadrimestre/2020	4.251.038	4.234.493

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a atenção Básica – SISAB, 2022.

O parâmetro de cadastro previsto para o município do Rio de Janeiro, pelas regras do programa Previne Brasil, é de 5.086.000 cadastros. O município também fez um esforço para conseguir alcançar o teto de população proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e fazer jus ao recebimento do componente de capitação ponderada do programa Previne Brasil. Mesmo o

ano de 2020, quando a APS sofreu grande interferência em sua organização pela pandemia da Covid-19, o município praticamente dobrou o seu teto de cadastros realizados. A tabela 5 apresenta a transferência total realizada para a APS pelo ente federal ao município do Rio de Janeiro.

Tabela 5 - Valores transferidos ao município do Rio de Janeiro, referentes ao componente de Atenção Básica, nos anos de 2017 a 2020

Ano	Valor transferido para o componente de Atenção Primária à Saúde– PAB Fixo; Variável; PREVINE BRASIL
2018	404.255.199,84
2019	419.920.409,84
2020	458.523.390,81

Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2021.

As transferências realizadas nos anos de 2018 e 2019 referentes aos componentes do PAB fixo e variável, segundo consulta realizada no Tabnet da SES-RJ, mostraram um aumento no valor total. No ano de 2020, já com as transferências pela nova forma de financiamento da APS, verificou-se um aumento de valor, uma vez que as regras de transição previstas no programa Previne Brasil foram prorrogadas em função da pandemia de Covid-19.

4. O SUS E A ORGANIZAÇÃO DE SUA MODALIDADE DE FINANCIAMENTO DA APS

O movimento de institucionalização de um sistema de saúde universal a partir de 1988, no Brasil, não limitou a possibilidade de atuação do setor privado, resultando em um sistema de saúde, no que tange aos recursos, formado por dois subsistemas: um com financiamento público, de acesso universal para toda população; e outro privado, financiado com recursos de empregados e empregadores e/ou por pagamento direto pelo serviço prestado. O segundo, que engloba a atividade privada exercida em território nacional, deve ser obrigatoriamente regulado pelo SUS, por meio de suas agências (BARROS; PIOLA, 2016).

Os dois subsistemas (público e privado) possuem interações relacionadas à oferta de serviços e mão de obra, uma vez que o prestador privado, por meio de contrato firmado com o gestor da saúde do seu território, pode vir a prestar serviços ao subsistema público, e que é permitido aos trabalhadores exercerem suas atividades em serviços públicos e privados sem que haja prejuízo à assistência prestada.

Outro ponto de destaque nessa relação diz respeito ao financiamento público, realizado por renúncia fiscal através da dedução dos gastos com serviços de saúde, sem um teto máximo, no imposto de renda das pessoas físicas e deduzidos do lucro tributável das pessoas jurídicas, o que incentiva e subsidia o crescimento do subsector privado da saúde. Esta forma de financiamento com recursos públicos do subsistema privado também contribui para que o gasto privado em saúde supere o gasto público no país, mesmo sendo o sistema de saúde proposto no Brasil de caráter universal (BARROS; PIOLA, 2016).

O poder de compra das organizações prestadoras de serviços de saúde e, por consequência, do SUS, pode impulsionar seu fortalecimento caso o Estado exerça seu poder de regulação e fomento sobre o setor produtivo da saúde, o que também pode gerar a ampliação de acesso da população a medicamentos e tecnologias em saúde. Entender que a necessidade de superar desigualdades regionais e setoriais para efetivar a universalidade do sistema exige que o SUS consiga “inverter a cadeia perversa entre o econômico e o social que tanto tem prejudicado a universalização da saúde” (DAIN, 2007, p. 1852).

Ao considerar as fontes de financiamento do Ministério da Saúde (MS) para o SUS, Mendes e Funcia (2016) concluíram que a maior parte dos recursos é oriunda de contribuições sociais, com destaque para a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL).

Até 1993, outra fonte que contribuía para o financiamento do SUS era a contribuição do empregador e do empregado para a Seguridade Social, que nesse ano passou a ser exclusiva para os benefícios pecuniários da previdência social. A partir de 1997, com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), o financiamento do SUS seria composto por este tributo, juntamente com o Cofins e CSLL. Os dois últimos, com o advento da criação do primeiro, passaram a ter participação menor no total de recursos destinados à saúde, e mesmo sendo a CPMF criada como forma de aumentar o financiamento da saúde, isto não se confirmou na prática (BARROS; PIOLA, 2016).

Os mecanismos para ordenar o financiamento do SUS, incluindo a origem dos recursos e o regramento para o gasto mínimo em saúde, foram formulados após a Constituição Federal de 1988, quando se destacaram, na década de 1990, a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF); na década de 2000, a Emenda Constitucional 29 (EC 29); e na década de 2010, a Lei Complementar nº 141/2012 (LC 141), que regulamentou a EC 29 (BARROS; PIOLA, 2016).

A CPMF foi criada com o propósito de mitigar a crise de financiamento da Saúde, e deveria ser alocada de forma integral para tal finalidade. Porém, durante o tempo de sua vigência, de 1997 a 2007, ocorreram prorrogações, aumentos e a mesma passou a não ter destinação exclusiva para a Saúde. A EC 29 começou a ser executada no ano 2000 com o intuito de organizar a participação de estados, Distrito Federal (DF), municípios e da União, quanto a suas responsabilidades frente ao financiamento do SUS. Nesse momento, observou-se que a maioria dos repasses federais destinados ao SUS eram realizados fundo a fundo para municípios e estados, o que diminuiu ao longo dos anos a aplicação direta, por parte do Ministério da Saúde, em ações e serviços de saúde, indicando um amadurecimento da descentralização na saúde (BARROS; PIOLA, 2016).

Dain (2007) afirmou que a CPMF não gerou aumento de recursos para a Saúde, uma vez que sua implantação foi acompanhada pela substituição de fontes e pelo decréscimo de outras na composição do orçamento ministerial. Destacou que, a partir de 1999, a CPMF deixou de ser exclusivamente destinada à Saúde e passou a financiar a Previdência e o Fundo de Combate à Pobreza no ano de 2001. Neste sentido, a aprovação da EC 29 foi fundamental e propiciou ao sistema de financiamento da saúde maior estabilidade, estabelecendo os patamares mínimos de recursos a serem aplicados por cada um dos entes federativos anualmente. Como fragilidade da EC 29, aponta-se a falta de definição das “fontes que devem financiar a Saúde, e sim a variação de seu gasto pelo crescimento do PIB Nominal”. Isto

tornou o gasto federal dependente da evolução do PIB nominal e resultou na diminuição da participação federal no financiamento do SUS.

Outras críticas relacionadas à EC 29 estão relacionadas à demora na sua regulamentação, que só ocorreu com a publicação da LC 141 em 2012 e resultou em um déficit de alocação de recursos para o SUS; e o fato de estados e municípios terem percentuais mínimos de 12% e 15% de suas receitas próprias totais, respectivamente, alocados obrigatoriamente à Saúde, enquanto à União cabe fazer o investimento com base no crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), sendo este o valor a ser aplicado: o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Na prática, esta proposta de financiamento resultou, com o passar dos anos, em um aumento substancial na participação de estados e municípios e na diminuição da participação do ente federal no financiamento de ações e serviços do SUS (BARROS; PIOLA, 2016).

A universalidade prevista no projeto de seguridade social brasileira, que engloba a saúde, não recebeu o adequado financiamento, o que resulta no subfinanciamento do SUS e se reflete na desigualdade de acesso oriunda da má distribuição de ofertas de serviços nos territórios subnacionais. Caso fosse respeitada a destinação constitucional dos recursos vinculados aos programas da seguridade social, a crise do setor seria mitigada (DAIN, 2007).

Segundo Mendes e Funcia (2016), com o aumento da participação de estados e municípios no financiamento do SUS, observou-se um aumento *per capita* do gasto em saúde no Brasil de R\$ 378,27 (2000) para R\$ 717,70 (2010), apesar de o gasto líquido com ações e serviços de saúde realizados pelo MS, como proporção PIB, ter mantido constância no período avaliado (1995-2015), indicando o pouco esforço contributivo do MS. Os autores destacam, também, que o volume de gastos previstos no regramento do EC 29 poderia ter sido maior caso estados e MS não tivessem usado como “teto” o piso previsto para esses níveis de governo. Em contrapartida, os entes municipais gastaram em média 23% de sua receita líquida total com saúde, percentual acima dos 15% estabelecidos na EC 29.

Em relação aos gastos por subfunção, os autores identificaram discreta redução na despesa com Média e Alta Complexidade (MAC), que saiu de 50,4% no período de 2007-2010 para 48,6% no período de 2011-2015. Quando se referem à despesa com atenção básica (AB), os autores identificaram, no mesmo período de análise utilizado na avaliação das despesas com o MAC, aumento de 16,8% para 18,7%, oriundo da priorização pelo MS do fortalecimento e incentivos para a AB (MENDES; FUNCIA, 2016).

4.1 Breve trajetória da APS e de sua modalidade de financiamento no SUS

Ao pensarmos na trajetória da organização da APS no Brasil, podemos fazer um recorte histórico começando na Primeira República, quando se destacavam as campanhas sanitárias. O segundo recorte se dá a partir da década de 1940 do século XX, com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). O Sesp foi organizado sob forte influência da medicina preventiva norte-americana e considerado a primeira experiência de organização da APS no Brasil (CASTRO; FAUSTO, 2012).

Na década de 1980, foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que funcionava como estratégia para reorganização do componente saúde da Previdência Social. Já no final da década de 80, as AIS foram substituídas pelos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinham como premissa a organização por distritos sanitários e foco na atenção integral, tendo a APS como ponto importante na discussão sobre a reorganização dos serviços de saúde, como foi abordada também na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que pautou a discussão dos princípios e diretrizes da proposta de um novo sistema de saúde (CASTRO; FAUSTO, 2012).

Quando se trata da APS no Brasil, vale retornar à discussão apresentada por Mendes, Carnut e Guerra (2018), sobre o conceito da atenção primária, aqui denominada atenção básica (AB). Esta é formada pelos seguintes elementos: oferta de serviços, inter-relação entre promoção e prevenção em saúde, alta incorporação de tecnologias leves e baixa incorporação das duras. É baseada em experiências pioneiras, que deram origem, no governo Itamar Franco, em 1994, ao Programa de Saúde da Família (PSF). Os mesmos autores fazem uma retrospectiva de pontos relevantes da AB, com destaque positivo para a criação dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e destaque negativo para a definição da AB como “serviço de baixa complexidade”. A PNAB de 2017, segundo os autores, se afasta de forma abrupta dos conceitos de atenção primária de Alma Ata na qual se observa o “enxugamento da AB não apenas na ordem do discurso, mas também, agora, em sua concepção e financiamento, compatibilizando o discurso à prática” (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018, p.231).

4.2 A descentralização como diretriz do SUS, sua operacionalização e a implantação do Piso de Atenção Básica

A diretriz de descentralização do SUS foi operacionalizada a partir da publicação de atos do Executivo, geralmente atrelados a mecanismos de transferência de recursos, em que se destacaram as Normas Operacionais Básicas (NOB), o Pacto pela Saúde e o Decreto nº 7.508 de 2011 (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018).

Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), as NOBs de 1991 e 1992 marcaram o início do processo de transição entre o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o SUS. A NOB 93 reforça o processo de municipalização, definindo os requisitos e as instâncias necessárias como a criação dos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde (FMS e FES) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB). As transferências financeiras previstas para os municípios e estados seguiam a lógica do pagamento por produção do INAMPS, aferida por sistemas de informação.

Acompanhamos que, desde a publicação da NOB 96, o financiamento da APS se manteve através de transferências fundo a fundo dos componentes fixo e variável do PAB. Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), o PAB fixo significou um primeiro movimento de rompimento com a lógica do pagamento por produção, vigente até aquele momento. Constituiu-se em algo novo dentro do financiamento do SUS, sendo uma transferência com a lógica do pré-pagamento pelos serviços da APS. O PAB variável, por sua vez, era uma estratégia de indução de modelo para a organização da APS, incentivando a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

Após a publicação da NOB 96, destacamos a relevância da publicação da Portaria MS nº 204/2007, que regulamentou os blocos de financiamento do SUS para as transferências fundo a fundo, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Investimento na Rede de Serviços do SUS. A portaria reduzia o número de “caixinhas” para transferências, o que foi considerado um avanço na época. Sua principal limitação estava relacionada à impossibilidade de migrar recursos entre os blocos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

O PAB fixo foi estruturado para ser uma transferência automática de base populacional. Para seu cálculo, foram criadas faixas, com valores mínimos atribuídos, nas quais os municípios são classificados de acordo com uma pontuação que é resultado da análise de critérios: o PIB *per capita*; a população coberta por plano de saúde; o percentual da

população em extrema pobreza e a densidade demográfica. Para o cálculo da atualização realizada em 2017, o PAB *per capita* utilizado foi referente ao ano de 2013; a base populacional e a população coberta por planos de saúde utilizada foram os referentes ao ano de 2016; o percentual da população com Bolsa Família utilizado foi do ano de 2010; e após ser confrontado com o percentual da população em extrema pobreza, a menor pontuação era considerada. Cada município recebia uma nota que poderia variar de zero a dez (BRASIL, 2017d).

Foram atribuídos os seguintes pesos para as variáveis:
 PIB *per capita* (peso 2)
 Percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em Extrema Pobreza (peso 1)
 Percentual da população com Plano de Saúde (peso 0,5)
 Densidade Demográfica (peso 1). (BRASIL, 2017d).

A atualização das faixas do PAB fixo foi publicada em dezembro de 2017 e vigorou até a criação da nova proposta de financiamento da APS. Abaixo, apresentamos o quadro-síntese com as faixas e seus respectivos critérios de classificação e valores de transferência.

Quadro 6 - Classificação do PAB fixo por grupo e faixa de valor, segundo a Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017

Grupo	Crítérios de Classificação	Faixa	Valor Mínimo por Faixa
I	Municípios com pontuação menor que 5,3 e população até 50 mil habitantes	I	R\$ 28,00
II	Municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e população de até 100 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 100 e 500 mil habitantes,	II	R\$ 26,00
III	Municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes,	III	R\$ 24,00
IV	Municípios não contemplados nos itens anteriores	IV	R\$ 23,00

Fonte: A autora, 2022.

A composição do PAB variável foi sendo modificada ao longo do tempo. Os primeiros incentivos eram relacionados ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), previstos na NOB 96 (BRASIL, 1996). Castro, Machado e Lima (2018) destacaram a variação dos incentivos atrelados ao PAB variável, no período entre 2002 e 2016, quando se observaram, em 2002, 12 incentivos atrelados a este componente; em 2016, 25 incentivos, sendo os mais relevantes aqueles relacionados às

equipes de saúde da família, saúde bucal, agentes comunitários de saúde e o PMAQ. As autoras também ressaltam o papel indutor do ente federal que, por meio dos incentivos, estimulava a adesão a determinadas políticas e regras produzidas pelo Ministério da Saúde. As transferências eram calculadas por tipo de equipe e repassadas mensalmente fundo a fundo.

Em relação ao PMAQ, cabe destacar que o programa foi criado em 2011 com o objetivo de ampliar o acesso e melhoria da qualidade da atenção básica por meio de estratégias de qualificação do processo de trabalho das equipes e da produção de padrões de qualidade para este nível de atenção. O PMAQ foi desenhado com o intuito de reduzir a verticalização das políticas oriundas do Ministério da Saúde e possibilitar uma mobilização dos gestores nas três esferas governamentais e dos profissionais que atuavam nas equipes da atenção básica com foco na melhoria dos processos de trabalho e autoavaliação. O programa contou com três ciclos, sendo o último finalizado no ano de 2018. Seu processo de adesão era voluntário e era composto pelas fases de adesão e contratualização, avaliação externa e certificação e recontratualização. O processo de autoavaliação das equipes era realizado no segundo momento do ciclo (AKERMAN *et al.*, 2020).

O quadro 7 apresenta a última atualização de valores de transferência por equipe/incentivo previsto, após a atualização da PNAB de 2017.

Quadro 7 - Incentivos financeiros atrelados ao PAB variável de transferência mensal (continua)

Incentivos atrelados ao PAB variável	Valor da transferência mensal	Observações
¹⁸ NASF 1	R\$ 20.000,00	Equipe multiprofissional e multidisciplinar que deve atuar de forma integrada às equipes de atenção básica para contribuir para o aumento da resolutividade das equipes, realização de educação permanente e gestão do cuidado.
¹⁹ NASF 2	R\$ 12.000,00	
²⁰ NASF 3	R\$ 8.000,00	

¹⁸ Equipe formada por profissionais de nível superior, onde a soma das cargas horárias dos profissionais deve chegar a 200 horas/semana. Deve estar vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 eSF /eAB/eCNAR.

¹⁹ Carga horária semanal de 120 horas/semana. Deve ser vinculada no mínimo a 3 e no máximo a 4 eSF /eAB/eCNAR.

²⁰ Carga horária de 80 horas/semana. Deve ser vinculada a no mínimo 1 e no máximo a 2 eSF /eAB/eCNAR.

Quadro 7 - Incentivos financeiros atrelados ao PAB variável de transferência mensal (final)

²¹ eSF MOD 1	R\$ 10.695,00	Composição mínima: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e ACS.
eSF MOD 2	R\$ 7.130,00	
eAB	R\$ 2.139,00	Composição: 1 médico, 1 enfermeiro e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Podem agregar outros profissionais, como cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal.
eSB MOD 1	R\$ 3.345,00	Composição: 1 cirurgião-dentista, 1 técnico de saúde bucal e 1 auxiliar de consultório dentário ou 1. técnico de saúde bucal.
eSB MOD 2	R\$ 2.980,00	Composição: 1 cirurgião-dentista, 1 técnico de saúde bucal ou 1 auxiliar de consultório dentário.
²² eCNAR MOD 1	R\$ 19.900,00	Equipe com composição multiprofissional para realizar atendimento a população em situação de rua. A carga horária mínima deve ser de 30 horas/semana e todas as modalidades podem agregar ACS.
²³ eCNAR MOD 2	R\$ 27.300,00	
²⁴ eCNAR MOD 3	R\$ 35.200,00	
²⁵ PMAQ – eAB ou eSF	R\$ 8.787,96 a R\$ 878,00	A adesão das eSB neste terceiro ciclo era atrelada a uma equipe de atenção Básica (eSF ou eAB).
PMAQ eAB/SB ou eSF/SB	R\$ 11.207,61 a R\$ 1.120,76	A adesão das eSB neste terceiro ciclo era atrelada a uma equipe de atenção Básica (eSF ou eAB).
PMAQ NASF	R\$ 4.662,70 a R\$ 466,57 para NASF1 R\$ 3.133,98 a R\$ 313,40 para NASF2 R\$ 2.242,70 a R\$ 224,27 para NASF3	As equipes de NASF passam a fazer parte do PMAQ no segundo ciclo do programa.

Fonte: Adaptado do Instrutivo de composição e financiamento das equipes de atenção básica da SAB, 2018 e da Apresentação do terceiro Ciclo do PMAQ, S.D.

A avaliação do peso no financiamento da atenção primária à saúde dos componentes fixo e variável, realizada entre 2002 e 2016, aponta para a mudança na proporção dos componentes ao longo dos anos. No início, o componente fixo do PAB respondia por mais de

²¹ Essa modalidade de eSF só pode ser credenciada em municípios presentes no anexo da Portaria GM/MS nº822, de 17 de abril de 2006 que atendam a população residentes em quilombos e assentamentos; Municípios e áreas prioritizadas pelo Programa Nacional de Segurança Pública (Pronasci) definidos n Portaria GM/MS nº2920 de 3 de dezembro de 2008; também aqueles municípios que fazem parte do anexo I da Portaria GM/MS nº822 de 17 de abril de 2006.

²² Equipe formada por 4 profissionais, sendo 2 destes obrigatoriamente: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional.

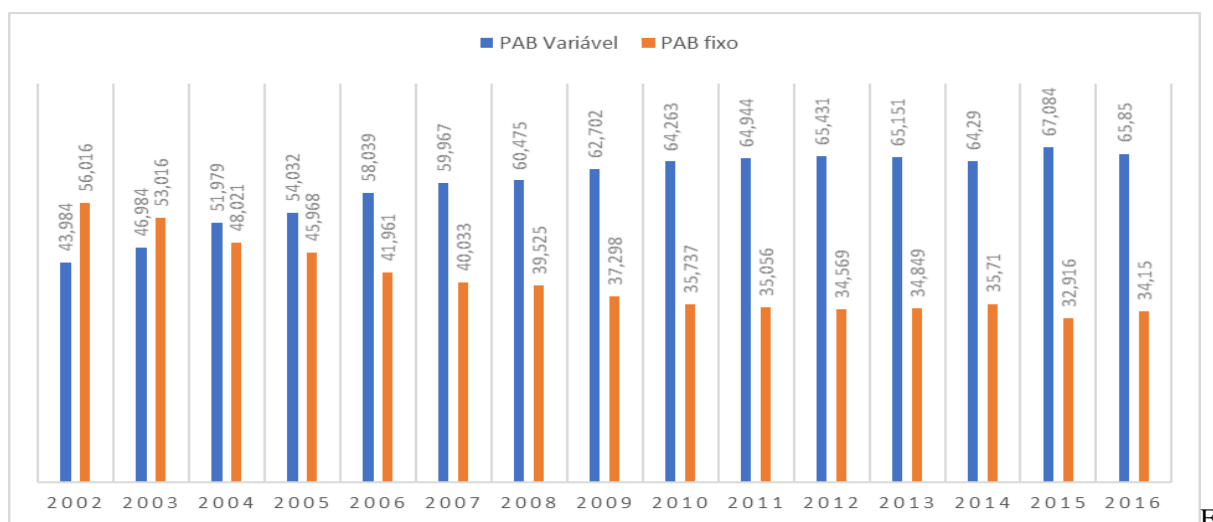
²³ Equipe formada por 6 profissionais, sendo 3 destes obrigatoriamente: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional.

²⁴ Equipe da modalidade II acrescida de um profissional médico.

²⁵ Os valores de repasse do PMAQ por equipe são referentes ao terceiro e último ciclo do programa e dependem da certificação das equipes de acordo com o desempenho alcançado: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular e Ruim. O estado do Rio de Janeiro participou do terceiro ciclo com 2349 equipes.

55 % da transferência federal total para APS; já no ano de 2016, o PAB fixo passou a responder por 34%. A partir de 2004, observou-se que o PAB variável passou a responder por mais de 50% das transferências federais para a APS. Abaixo, apresentamos o gráfico 5, com a composição, em percentual, do bloco de financiamento da AB no período de 2002 a 2016 (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

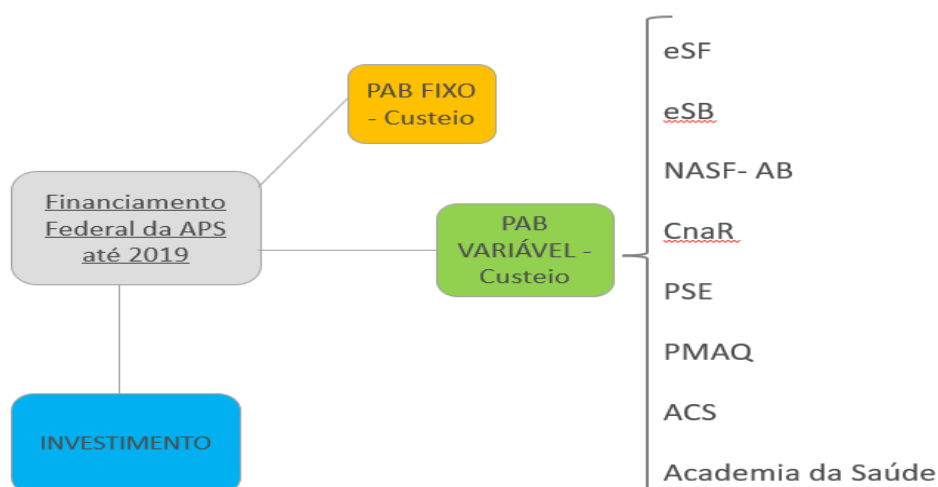
Gráfico 5 - Composição do bloco de financiamento da APS, em percentual, no período de 2002 a 2016



Fonte: Adaptado de Castro, Machado e Lima, 2018, p. 87.

Podemos observar no gráfico 5, a inversão da participação do componente variável, quando comparado ao componente fixo do PAB. Isso pode significar maior aporte de recursos federais para o financiamento dos incentivos, que eram direcionados por este ente formulador de políticas e prioridades e, desta forma, funcionar com um indutor de determinados modelos a serem seguidos. Por exemplo, até a PNAB de 2017, não existia a proposta de financiamento na atenção básica de outros formatos de equipe, que não as eSF.

Figura 4 - Composição dos recursos direcionados para a Atenção Básica – PAB Fixo e Variável e recursos de investimento que vigoraram até 2019



Fonte: RIO DE JANEIRO. Introdução às regras de financiamento da APS federais e estaduais: o Programa Previne Brasil e o PREFAPS. Material de Apoio, 2021.

A figura acima apresenta um esquema simplificado relacionado aos principais serviços e ações relacionados à atenção básica, previstos na Portaria MS de Consolidação nº6 e na PNAB de 2017, que trouxe a possibilidade de financiamento para as equipes de atenção básica (eAB) e o incentivo para gerentes da atenção básica. Vale destacar também a existência de incentivos relacionados às equipes para o cuidado da população privada de liberdade e as unidades odontológicas móveis.

A Portaria de Consolidação nº6, editada em 2017, alterou a regulamentação dos Blocos de Financiamento do SUS da Portaria MS nº 204/2007, que passam a ser dois blocos: um de custeio, denominado “Bloco de Custeio das Ações e Serviços de Saúde”; e outro para investimento, denominado “Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde”. Os recursos de custeio previstos estão destinados à manutenção da prestação de ações e serviços e ao funcionamento de órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços de saúde. Os recursos de investimento estão atrelados à aquisição de equipamentos e obras. Ambos os recursos transferidos pela União deverão ser aplicados nas ações e serviços dos blocos relacionados.

A proposta de concentrar os recursos repassados do MS para estados e municípios em dois blocos de financiamento (custeio e investimento) surge com a perspectiva de simplificar o uso e prestação de contas das transferências federais aos estados e municípios. Uma das preocupações atreladas a isto faz referência à mistura de vários recursos de custeio em um único bloco, podendo causar confusão na hora da execução. Esta é uma situação que pode ser

minimizada com a prestação de contas, uma vez que a quantia direcionada para o custeio de cada ação e serviço de saúde deve ser comprovada no Relatório Anual de Gestão (RAG), devidamente aprovado pelo respectivo conselho de saúde, como previsto na LC n° 141/2012.

É inegável que, apesar de tripartite, grande parte do financiamento da APS é feito de forma predominante com recursos federais e municipais. As iniciativas estaduais ainda são pouco documentadas, porém presentes nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. Ainda que os recursos para a APS sejam insuficientes, observou-se um esforço do ente federal para garantir aporte maior de recursos no período entre 2002 e 2016, refletindo a prioridade desta política. Mesmo com o maior aporte da esfera federal, para dar conta da despesa com a APS, os municípios precisam fazer uso de parte importante de seus recursos próprios para financiá-la. A aprovação da Emenda Constitucional n° 95/2016, que congela os gastos em saúde nos próximos vinte anos, tende a agravar a situação de subfinanciamento do SUS (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018b).

4.3. O programa Previne Brasil e as mudanças no custeio da APS

O financiamento do SUS no segundo governo Dilma e Temer foi duramente impactado pela Emenda Constitucional n° 95 (EC 95), que congelou por 20 anos investimentos em políticas sociais e por conflitos no Ministério da Saúde referentes à distribuição de recursos, o que favoreceu a média e alta complexidade em detrimento da APS. As principais medidas do MS, a partir de 2019, relacionadas à APS, foram: I - a criação do Programa Médicos para o Brasil (PMB); II - a aprovação da carteira de serviços da APS; III - a mudança de proposta de financiamento; IV - a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), com o objetivo de realizar a seleção e contratação de profissionais para o PMB (GOMES; MERHY, 2020).

O MS afirmou que a nova proposta de financiamento para a APS trará maior eficiência, apostando na suspensão da remuneração *per capita* (PAB fixo) e investindo no modelo de remuneração por população cadastrada (capitação ponderada), bem como na substituição do PMAQ-AB pela proposta de transferência com poucos indicadores específicos (remuneração por desempenho). Algumas ações estratégicas continuarão a ser financiadas pelo MS, porém os NASF-AB são descontinuados (GOMES; MERHY, 2020). A figura a

seguir apresenta os principais destaques relacionados às iniciativas do Ministério da Saúde no ano de 2019.

Figura 5 - Linha do tempo – iniciativas do Ministério da Saúde, no ano de 2019, relacionadas ao financiamento da APS



Fonte: A autora, 2022.

O ano de 2019 teve como destaque, no primeiro semestre, a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). Segundo Gomes e Mehry (2020), a criação da SAPS/MS seria um retrocesso, uma vez que as restrições orçamentárias oriundas da EC 95 ou de deliberações específicas geraram um conflito distributivo sobre a alocação de recursos entre as diferentes áreas do MS. Isso poderia desfavorecer a APS em detrimento de áreas ou setores relacionados a média e alta complexidade, uma vez que esses setores são de maior interesse da iniciativa privada e apresentam dependência financeira do SUS para manter sua sustentabilidade.

Em julho, foi criado um fluxo de credenciamento de equipes “desburocratizado”, em que a solicitação passava a ser feita via ofício ou sistema de informação específico, com cópia para o Conselho Municipal de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite, para ciência. As equipes a serem credenciadas deveriam estar previstas no Plano Municipal de Saúde ou na Programação Anual de Saúde, segundo a Portaria nº 1.710/2019. Esse movimento, que a princípio parecia ser benéfico para dar celeridade aos processos de credenciamento das equipes, na verdade esvaziou o papel do ente estadual, na figura da SAPS/SES e da CIB-RJ, onde anteriormente os projetos para solicitação de credenciamentos de equipes no âmbito da APS eram avaliados e pactuados.

O último trimestre do ano concentrou os principais movimentos relacionados a importantes mudanças no financiamento da APS e também relacionadas, de forma direta ou indireta, com a organização da APS. No resumo executivo da 9ª reunião ordinária da CIT, realizada em 31 de outubro de 2019, publicado no *site* do CONASS e elaborado por sua Secretaria Executiva, foi apresentada e pactuada em plenária a nova proposta de financiamento do MS para a APS. Na reunião subsequente, foram pactuados especificamente os indicadores que fariam parte do componente de desempenho para o ano de 2020. Logo após as reuniões, foram publicadas as Portarias do MS n.ºs 2.979/2019 e 3.222/2019 – a primeira apresentando o programa Previne Brasil e a segunda, os indicadores do componente desempenho do programa.

No mês de dezembro, foi publicada a carteira de serviços da APS e promulgada a Lei n.º 13.958/2019, que criou a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps). A definição de itens a serem ofertados na APS, descritos na carteira de serviços, favoreceria a possibilidade de precificar os itens e de certa forma viabilizar o processo de contratação do setor privado. Outra questão a ser observada diz respeito à possibilidade de esse tipo de organização gerar segmentação do cuidado e seletividade na APS (BAPTISTA; FONSECA; MOROSINI, 2020).

Figura 6 - Linha do tempo – iniciativas do Ministério da Saúde, no ano de 2020, relacionadas ao financiamento da APS



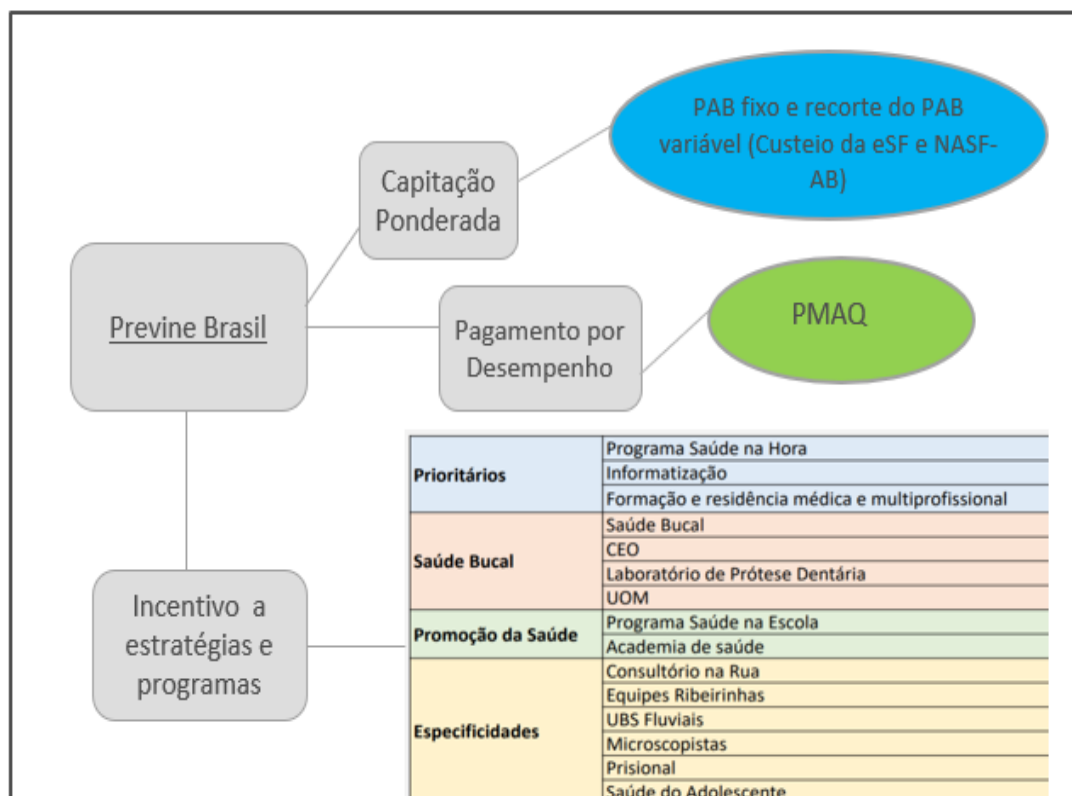
Fonte: A autora, 2022.

O ano de 2020 teve início com a declaração, pela Organização Mundial da Saúde, (OMS), de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), ocasionada pela doença do coronavírus 2019 (Covid-19). O rápido curso de disseminação da doença suscitou que logo em seguida fosse declarada no Brasil a situação de Emergência Nacional em Saúde Pública (ESPN), por meio da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.

A situação pandêmica também expôs fragilidades do SUS relacionadas à distribuição desigual de profissionais e de infraestrutura, principalmente de alta complexidade (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O lançamento do Saúde na Hora Emergencial e, posteriormente, das portarias de prorrogação dos prazos dos componentes de capitação ponderada e desempenho em decorrência da pandemia instalada no país, culminou na transferência integral dos recursos referentes aos componentes I e II do programa Previne Brasil previstos para o ano de 2020, o que na prática resultou na não implantação de fato do programa. Com isso, os municípios puderam trabalhar na organização dos serviços para, no ano de 2021, estarem aptos ao recebimento, tendo vista a suspensão das prorrogações.

Figura 7 - Proposta de distribuição dos recursos da Atenção Básica na composição do programa Previne Brasil



Fonte: Adaptado de RIO DE JANEIRO. Introdução às regras de financiamento da APS federais e estaduais: o Programa Previne Brasil e o PREFAPS. Material de Apoio, 2021.

A Figura 7 representa como a nova proposta de financiamento redirecionou os recursos oriundos do PAB fixo e PAB variável para compor a nova modalidade de financiamento da APS. Os recursos referentes ao PAB fixo e ao custeio das eSF e equipes de NASF-AB foram incorporados ao componente Capitação Ponderada. Os recursos referentes ao PMAQ foram incorporados ao componente Desempenho; e os outros incentivos do PAB variável foram alocados no componente de Incentivo a ações estratégicas.

O terceiro componente do Previne Brasil é o de incentivo relacionado às ações estratégicas, que, segundo a Portaria GM/MS nº 2.979, prevê financiamento para os programas, ações e estratégias previstos no artigo 12-H:

- I – Programa Saúde na Hora;
- II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- III – Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- IV – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- V – Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- VI – Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- VII – Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- VIII – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX – Microscopista;
- X – Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- XI – Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- XII – Programa Saúde na Escola (PSE);
- XIII – Programa Academia da Saúde;
- XIV- Programas de apoio à informatização da APS;
- XV – Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- XVI – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e
- XVII – outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (BRASIL, 2019c).

Este terceiro componente do programa Previne Brasil seria aplicado a partir da primeira competência do ano de 2020. Como explicitado nos objetivos, este trabalho pretende se debruçar sobre os dois primeiros componentes do programa Previne Brasil e, por esta razão, não aprofundaremos a discussão sobre o terceiro componente previsto no novo financiamento da APS.

4.3.1. Componente Capitação Ponderada

A capitação ponderada considera, para fins de transferência, o cadastramento dos usuários pelas equipes de saúde da família (eSF) e equipes de atenção primária (eAP) no

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Além do cadastro, para o cálculo do repasse também é previsto o uso de ponderações relacionadas aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada, classificação geográfica definida pelo IBGE e o perfil etário da população. A previsão da transferência deste componente é mensal, porém é calculado pelo Ministério da Saúde a cada quatro meses, com base nos registros do SISAB. Este é condicionado ao credenciamento pelo MS e posterior cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Serviços de Saúde (SCNES) das eSF e eAP e a ausência de irregularidades no funcionamento delas (BRASIL, 2019). A seguir, apresentamos um quadro no qual é possível verificar a relação entre a classificação IBGE e a necessidade de cadastro por tipo de equipe.

Quadro 8 - Classificação IBGE e necessidade de cadastro por tipo de equipe da APS.

Classificação dos municípios pelo IBGE	Quantitativo de cadastro para eSF	Quantitativo de cadastro para eAP modalidade I- 20 h	Quantitativo de cadastro para eAP modalidade II – 30 h
Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
Intermediário Adjacente/ Rural Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
Intermediário Remoto/ Rural Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas

Fonte: Portaria MS nº2979/2019.

A portaria apresenta, em seu artigo 12-A, a possibilidade de pesos a serem incorporados, por pessoa, que refletem na transferência a ser realizada relativa ao componente da capitação ponderada:

I – 1,3 (um inteiro e três décimos) para as pessoas que atendam aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico;

II – 1 (um inteiro) para as pessoas que não se enquadrem o inciso I do caput; e

III – 1 (um inteiro), 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos) ou 2 (dois inteiros), de acordo com a classificação geográfica do município ou Distrito Federal, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE nos termos do §4º deste artigo.

§1º O critério de vulnerabilidade socioeconômica contempla pessoas cadastradas beneficiárias:

I – do Programa Bolsa Família (PBF);

II – do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou

III – de benefício previdenciário no valor de até dois salários-mínimos.

§2º O critério de perfil demográfico por faixa etária contempla pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.

§3º Nos casos em que a pessoa cadastrada se enquadrar tanto na vulnerabilidade socioeconômica quanto no perfil demográfico, o peso de 1,3 (um inteiro e três décimos) será aplicado uma única vez.

§4º O critério de classificação geográfica será estabelecido por município ou Distrito Federal, observada 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).

§ 5º A pontuação do município ou Distrito Federal para definição do cálculo de repasse será obtida pela multiplicação dos pesos estabelecido nos incisos I e II do caput pelos pesos previstos no §4º e pelo quantitativo da população cadastrada, observado o limite estabelecido no art. 11.

§6º O valor total a ser repassado por município ou Distrito Federal será a multiplicação da pontuação estabelecida no §5º pelo valor per capita definido em ato do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2019c).

É relevante entender que as transferências estão atreladas ao potencial cadastro proposto pela classificação IBGE e tipo de equipe, entendendo que não serão considerados cadastros excedentes. Outra questão diz respeito ao cadastro realizado por novas equipes credenciadas, que segundo a portaria será acrescentado à transferência mensal do componente de capitação ponderada para o município, após a apuração nos sistemas de informação, considerando o critério de classificação geográfica do IBGE e o potencial de cadastro por equipe (BRASIL, 2019).

As regras de transição previstas na Portaria nº 2.979/2019 consideraram dois grupos de municípios: o grupo I – composto por municípios que receberiam acréscimo de valores ou a manutenção dos valores repassados em 2019 com a aplicação de regras do novo financiamento; e o grupo II - composto por municípios que sofressem decréscimos dos valores recebidos em 2019, quando aplicadas as regras da capitação ponderada, pagamento por desempenho ou de ações estratégicas para a transferência de recursos. Os municípios pertencentes ao grupo I fariam jus a um período de recebimento de 100% do valor previsto para a capitação ponderada nos quatro primeiros meses de 2020. A transferência de 100% do valor previsto para a capitação ponderada foi calculada da seguinte forma:

Parágrafo único. Para cálculo do 100% (cem por cento) da capitação ponderada por município ou Distrito Federal são utilizados parâmetros proporcionais à população que atende aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico por faixa etária por município ou Distrito Federal (BRASIL, 2019c).

Os municípios pertencentes ao grupo II teriam como regra de transição a transferência, nos 12 meses de 2020, do maior valor realizado no ano de 2019, relacionado ao Piso de Atenção Básica, exceto as transferências relacionadas a ações e programas do incentivo de ações estratégicas (BRASIL, 2019c).

Massuda e Pinto (2020) afirmam que a capitação, utilizada com instrumento de pagamento, pode apresentar algumas vantagens como a adscrição de clientela, fortalecimento de vínculo e responsabilidade sanitária sobre determinada população. Já as desvantagens associadas a essa modalidade de financiamento são a seleção de pacientes e a criação de barreiras de acesso para usuários que são hiper utilizadores do sistema de saúde ou que necessitam de tratamentos de alto custo, que possam influenciar de forma negativa a avaliação de desempenho das equipes.

Outra questão relacionada ao cadastro dos usuários para a garantia de transferência de recursos da APS está relacionada às diferentes realidades dos municípios do país em relação à capacidade instalada, o que pode resultar em redução de recursos da APS para as regiões mais necessitadas e carentes do país (MASSUDA; PINTO, 2020).

4.3.2. Componente Pagamento por Desempenho

O componente Pagamento por Desempenho é inserido na nova proposta de financiamento do Ministério da Saúde, que segundo Gomes e Mehry (2020, p. 44), atrela a transferência de recursos a “resultados alcançados em um número relativamente limitado de indicadores a serem monitorados.” A criação deste componente no novo financiamento da APS descontinuou o PMAQ-AB.

O PMAQ teve ao todo três ciclos, de dois anos cada, sendo o último finalizado em 2018. Seus ciclos eram compostos de três etapas: adesão e contratualização das equipes; avaliação e certificação e por último a recontratualização. Era composto por vários indicadores e pretendia acompanhar as melhorias relacionadas a infraestrutura, financiamento, insumos e gestão dos processos de trabalho. Importante ressaltar que o PMAQ-AB possibilitou uma aproximação com várias instituições de ensino que participaram de forma ativa deste processo de qualificação da AB (AKERMAN *et al.*, 2020).

O programa Previne Brasil explicita que a transferência do componente Pagamento por Desempenho será calculado de acordo com o alcance das metas propostas para cada tipo de equipe (eSF e eAP) cadastrada no SCNES e credenciada pelo MS. Segundo o MS, a definição das metas terá relação com a série histórica dos indicadores propostos, perfis epidemiológico e sanitário. Os indicadores previstos para o ano de 2020 foram publicados na portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, no seu artigo 6º parágrafo 1º:

§ 1º São indicadores para o ano de 2020:

I – proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;

II – proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

III – proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

IV – cobertura de exame citopatológico;

V – cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;

VI – percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e

VII – percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019c).

O pagamento previsto para o ano de 2020 referente a este componente previa uma regra de transição com a transferência, durante oito competências, do maior valor recebido por equipe certificada no PMAQ-AB dos municípios participantes. A previsão é que a avaliação de desempenho do programa Previne Brasil só seja empregada nas últimas quatro competências do ano. Para o cálculo do teto de recursos para o componente Desempenho, foram utilizadas as equipes cadastradas no SCNES em setembro de 2019, acrescidas de eAP (cada eAP foi considerada como $\frac{1}{2}$ eSF) potenciais de cada município com base nos profissionais das UBS cadastrados no SCNES. Esse número de equipes foi usado para o cálculo de transferência para as primeiras oito competências de 2020. Para o cálculo das quatro competências restantes, foram usadas apenas as eSF credenciadas pelo MS e cadastradas no SCNES. O orçamento previsto para este componente pelo MS para o ano de 2020 era de R\$ 1,865 bilhões (HARZHEIN *et al.*, 2020).

A publicação da Nota Técnica nº5/2020 – DESF/SAPS/MS detalhou o período de aferição, os parâmetros, metas e pesos, o método de cálculo, a pontuação e a ponderação de cada indicador e indicador sintético final. Detalhou também o regramento do financiamento do componente pagamento por desempenho e apresentou as fichas técnicas dos indicadores (BRASIL, 2020a).

Quadro 9 - Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, fonte de origem, fonte de controle, peso, parâmetro e meta propostas

Indicador	Fonte de origem	Fonte de controle	Peso	Parâmetro	Meta 2020
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	SISAB	SINASC	1	>=80%	60%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	SISAB	SINASC	1	>=95%	60%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	SISAB	SINASC	2	>=90%	60%
Cobertura de exame citopatológico	SISAB	IBGE	1	>=80%	40%
Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente	SISAB + SIPNI	SINASC	2	>=95%	95%
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	SISAB	PNS+IBGE	2	>=90%	50%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	SISAB	PNS+IBGE	1	>=90%	50%

Fonte: Adaptado da Nota Técnica nº5/2020-DESF/SAPS/MS.

O quadro apresenta os indicadores que foram selecionados para o ano de 2020. A Nota Técnica nº 5 (2020) informa que a aferição de todos os indicadores será feita quadrimestralmente, tendo como referência os 12 meses anteriores, e todos serão aferidos por município. A nota também esclarece que o SISAB irá disponibilizar para consulta uma aferição por equipe.

Para cada indicador, foi atribuído um parâmetro (valor de referência), uma meta para o ano a ser avaliado e um peso. Os parâmetros foram propostos com base na literatura nacional e internacional sobre os processos a serem aferidos nos indicadores. As metas foram pactuadas na CIT, servindo como o mínimo a ser alcançado para a mensuração da qualidade na APS. Para cada um dos indicadores, foi atribuído um peso (1 ou 2), que gera um somatório final de 10 pontos e é usado para calcular o Indicador Sintético Final – ISF (BRASIL, 2020a).

O ISF nada mais é que a síntese do desempenho das equipes, e irá variar de 0-10, de acordo da nota individual de cada indicador. As notas de cada indicador serão atribuídas de forma individual, de acordo com a meta e o parâmetro. Indicadores que alcançarem a metade da meta prevista terão nota 5 e os que alcançarem o parâmetro proposto nota 10. Cada nota

deverá ser ponderada de acordo com o peso atribuído, gerando a nota final do indicador, a Nota Ponderada do Indicador (NPI). Para o cálculo do ISF, todas as NPI dos indicadores serão somadas e divididas por 10 (BRASIL, 2020a).

O valor do incentivo financeiro do Componente Pagamento por Desempenho do Previnde Brasil será calculado da seguinte forma: resultado o ISF multiplicado pelo número de equipes (eAP ou eSF) credenciadas e cadastradas no SCNES no quadrimestre a ser avaliado. O valor referente a este componente será repassado mensalmente. Nos casos de credenciamento e cadastro de novas eSF ou eAP no SCNES, o valor referente ao componente Desempenho será repassado com resultado potencial de 100% até o segundo recálculo dos indicadores (BRASIL, 2020a).

Os valores previstos para a transferência por equipe foram publicados na Portaria GM nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, que estão descritos em:

Art. 3º O valor por tipo de equipe do incentivo financeiro federal de custeio mensal do pagamento por desempenho, referente a 100% do Indicador Sintético Final, será o equivalente a:

I – R\$ 3.225,00 (três mil duzentos e vinte e cinco reais) para equipe de Saúde da Família;

II – R\$ 2.418,75 (dois mil quatrocentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade II 30h; e

III – R\$ 1.612,50 (um mil seiscentos e doze reais e cinquenta centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade I 20h. (BRASIL, 2020k)

A atipia provocada pela pandemia da Covid-19 fez com que as transferências referentes ao componente Desempenho fossem realizadas considerando o resultado potencial de 100% por equipes até a competência de dezembro de 2020 (BRASIL, 2020g).

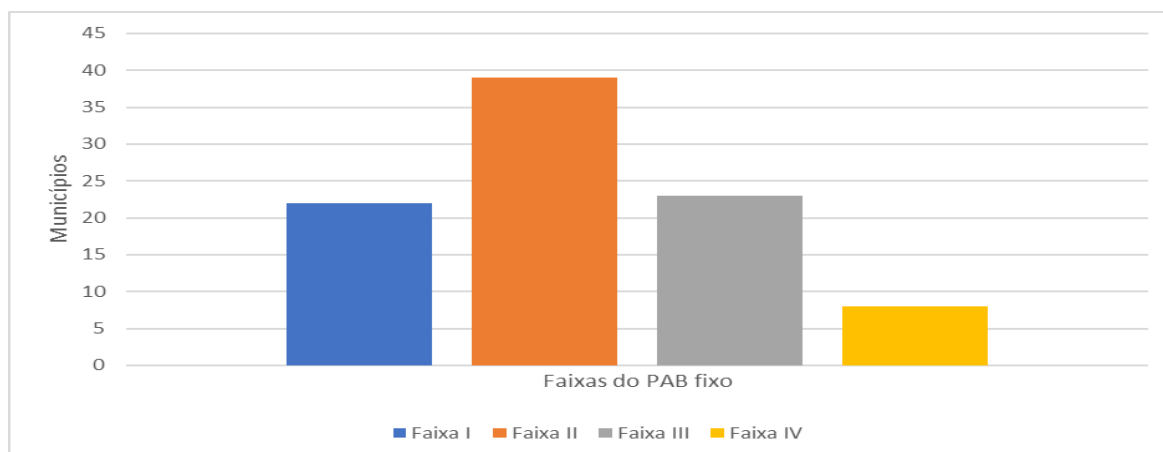
5. A MUDANÇA NO FINANCIAMENTO DA APS: O CASO DO RIO DE JANEIRO

Neste capítulo, apresentaremos os resultados observados no estudo de caso do estado do Rio de Janeiro e seus municípios, no tocante ao financiamento da APS. As transferências referentes à APS realizadas durante o ano de 2020 para os municípios do estado do Rio de Janeiro, quando comparadas àquelas realizadas nos anos de 2018 e 2019, não sofreram redução em seus valores. Nos anos de 2018 e 2019, as transferências para custeio da APS acontecerem na lógica do PAB fixo e PAB variável. A instalação da ESPIN em fevereiro de 2020 resultou em sucessivas prorrogações dos componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho do Previde Brasil no ano de 2020. Não houve, no âmbito do estado, redução das transferências financeiras, em parte por conta da prorrogação das regras de transição do Previde Brasil em 2020 (BRASIL, 1996; 2020e; 2020f; 2020g; 2020h; 2020j; 2020l).

Nesta discussão, realizamos as análises por região de saúde do estado do Rio de Janeiro e para os cinco maiores municípios, considerando o contingente populacional do estado do Rio de Janeiro.

O ano de 2019 foi usado como referência para verificar as transferências dos componentes fixo e variável do Piso de Atenção Básica para as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, iniciando pela apresentação da classificação dos municípios de acordo com as faixas do PAB fixo.

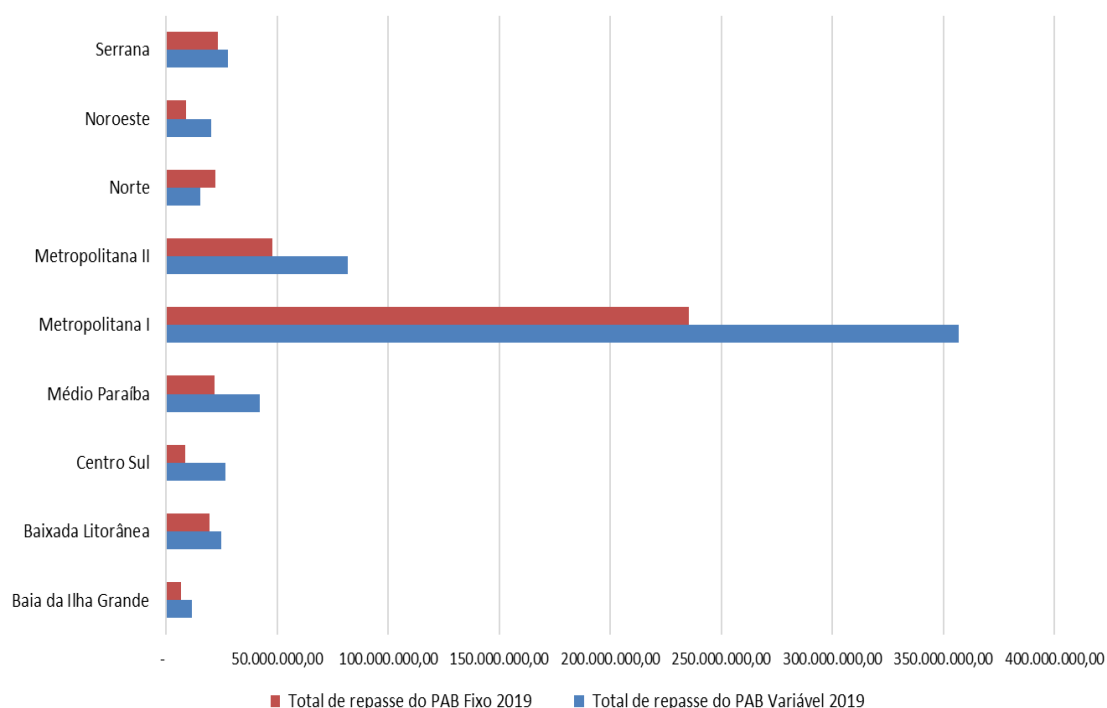
Gráfico 6 - Número de municípios do estado do Rio de Janeiro, classificados por faixa do PAB fixo, segundo a Portaria nº 3.947, de 28 de fevereiro de 2017



Fonte: A autora, 2022.

A divisão dos municípios do estado se apresentava da seguinte forma: 22 municípios se encontravam na faixa I; 39 municípios na faixa II; 23 municípios na faixa III; e 8 municípios na faixa IV. Dos 39 municípios existentes na faixa II, observa-se que a única região da saúde que não possuía municípios nesta faixa é a região Serrana. Já na faixa IV, observa-se que os municípios pertencem às regiões Metropolitana I (Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São João de Meriti), Metropolitana II (Niterói, São Gonçalo) e da Médio Paraíba (Porto Real). A maior concentração de municípios nas faixas I e II do PAB fixo reflete o fato de a maioria dos municípios do estado possuir uma concentração populacional de até 50 mil habitantes (faixa I) ou de até 100 mil habitantes e uma pontuação entre 5,3 e 5,8; ou até 500 mil com pontuação abaixo de 5,3 (faixa II) (BRASIL, 2017k).

Gráfico 7 - Transferências referentes ao componente fixo e variável do Piso de Atenção Básica, para as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2022.

Podemos observar que em oito das nove regiões de saúde do estado, a transferência referente ao PAB variável compõe a maior parte do montante total do Piso de Atenção Básica para o ano de 2019; a exceção se dá na região Norte, onde o PAB fixo contribui com a maior parte da transferência.

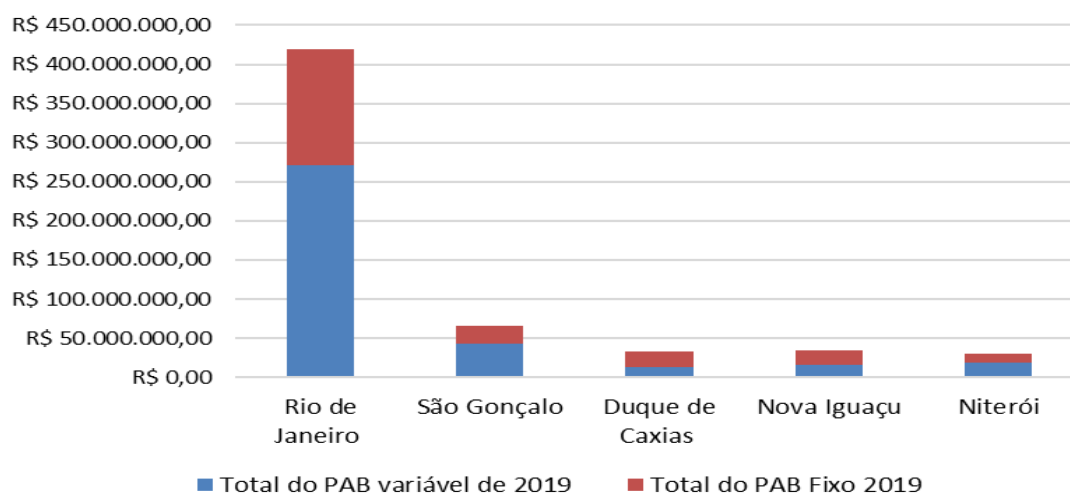
O município de Campos dos Goytacazes, o maior da região Norte, é o responsável por causar essa inversão na composição da transferência da região, uma vez que recebeu, em

2019, R\$ 11.140.991,32 relativos ao componente PAB fixo e apenas R\$ 1.390,745,96 referentes ao componente PAB variável, o que é reflexo da baixa cobertura populacional por eSF. Na mesma região, no município de Macaé, segundo mais populoso, verificou-se uma proporção mais equânime entre os componentes: em 2019, recebeu R\$ 5.393.687,32 correspondentes ao PAB variável e R\$5.747.304,00 ao PAB fixo.

Na região Serrana, destacamos a composição do Piso de Atenção Básica dos três maiores municípios, a saber: Nova Friburgo, Petrópolis e Teresópolis. O município de Petrópolis recebeu, em 2019, transferências mais equilibradas para os componentes fixo e variável do PAB – R\$ 7.155.792,00 e R\$ 8.938.872,28, respectivamente. Os municípios de Nova Friburgo e Teresópolis possuem valores relacionados ao PAB fixo aproximados de R\$ 4.442.448,00 e R\$ 4.190.088,00, respectivamente. As transferências referentes ao PAB variável de Nova Friburgo totalizaram R\$2.494.627,88, e de Teresópolis, R\$3.521.581,23.

No gráfico abaixo, observa-se a proporção do PAB fixo e PAB variável que compõe as transferências do ano de 2019 para os cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 8 - Transferências referentes ao componente fixo e variável do Piso de Atenção Básica, para os cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019



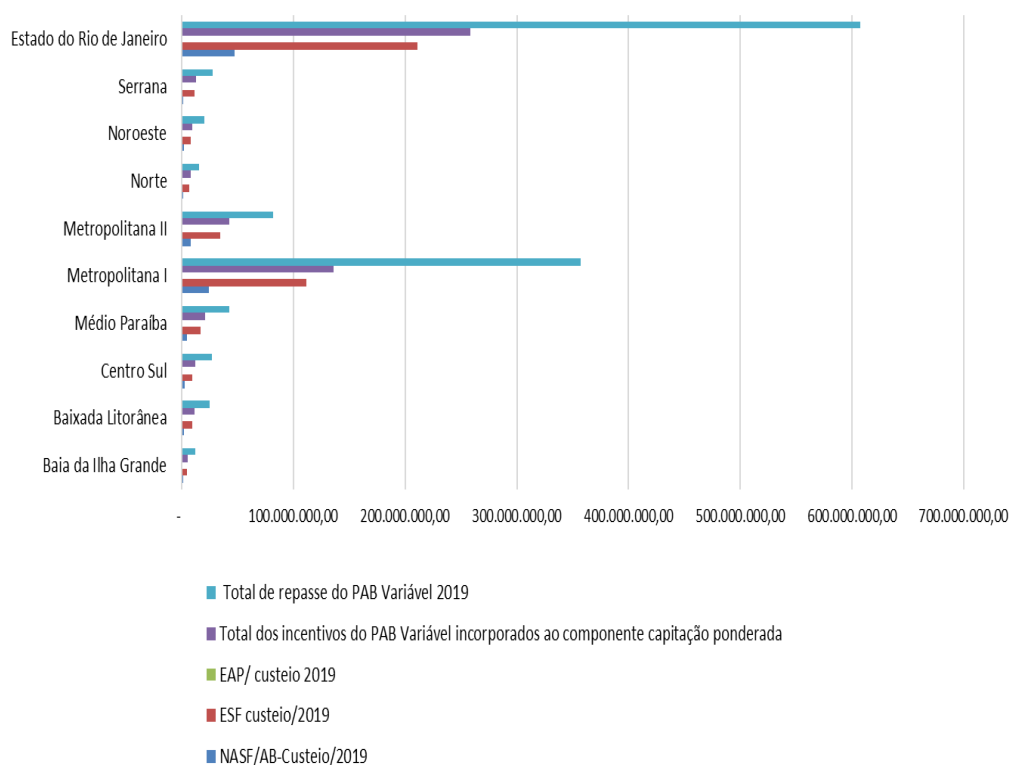
Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2022.

Em quatro dos cinco municípios aqui analisados, as transferências referentes ao PAB variável excedem as transferências do PAB fixo. Em Duque de Caxias, observa-se uma inversão, com o PAB fixo ultrapassando o valor do PAB variável. O município recebeu em 2019, R\$ 12.751.461,90 de PAB variável e R\$ 20.399,091,00 e como no município de

Campos dos Goytacazes, tal diferença nada mais é do que o reflexo da baixa cobertura populacional por eSF. Em Nova Iguaçu e no Rio de Janeiro, que apesar da redução das equipes sofrida nesse período, as transferências referentes ao PAB variável correspondem a mais de 60% do valor global do PAB repassado em 2019. Em São Gonçalo, o valor da transferência do PAB variável é quase o dobro do recebido no PAB fixo no mesmo período.

Quando olhamos para o valor repassado referente ao PAB variável no ano 2019, por exemplo, destacam-se as transferências relacionadas a eSF, eAP e NASF-AB, em que se percebe o quanto os recursos atrelados a essas equipes são importantes na conformação do montante final correspondente a este componente do PAB.

Gráfico 9 - Total de transferências do custeio de eSF, eAP, e NASF-AB, total e por região de saúde do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2022.

Somadas as transferências de custeio referentes às eSF, eAP e NASF-AB, verifica-se o quanto estes componentes contribuem no montante final do PAB Variável: no estado do Rio de Janeiro, eles contribuem com 57,54% do valor total relativo à APS. A região onde se observa a maior contribuição destes componentes no montante final é a Metropolitana I, com 62,03%, seguida pela Centro-Sul, que atinge 55% do montante composto por essas equipes. Na região Metropolitana II, observa-se o menor percentual de contribuição dessas equipes na

composição do PAB variável, com percentual de 48,07%. Na região Norte, observa-se um percentual de 48,91% – ambos abaixo de 50%. Nas demais regiões do estado, a contribuição destas equipes na composição do PAB variável oscilou entre 53,56% e 54,24%

Tabela 6 - Percentual da transferência referente ao custeio do PMAQ-AB, repassado no ano de 2019, e seu percentual na composição do valor total do PAB variável no mesmo período, nas nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	População em 2019	Valor referente ao Custeio do PMAQ em 2019	Valor referente ao PAB variável de 2019	Participação, em percentual, das transferências de custeio do PMAQ no montante do PAB Variável em 2019
Baía da Ilha Grande	291.418	R\$ 3.154.304,75	R\$ 11.727.833,28	26,90%
Baixada Litorânea	839.958	R\$ 2.698.465,25	R\$ 24.671.926,39	10,94 %
Centro-Sul	340.526	R\$ 6.686.220,83	R\$ 26.672.308,68	25,07%
Médio Paraíba	913.698	R\$ 8.181.441,07	R\$ 42.290.910,91	19,35%
Metropolitana I	10.497.016	R\$ 57.632.066,61	R\$ 357.053.305,34	16,14%
Metropolitana II	2.116.506	R\$ 9.365.272,97	R\$ 81.728.134,85	11,46%
Norte	945.425	R\$ 1.814.122,87	R\$ 15.404.923,80	11,78%
Noroeste	348.191	R\$ 1.908.538,99	R\$ 20.290.944,52	9,41%
Serrana	972.205	R\$ 6.038.301,35	R\$ 27.846.952,88	21,68%
Estado do Rio de Janeiro	17.264.943	R\$ 97.478.734,69	R\$ 607.687.240,65	16,04

Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2022; e-GESTOR-AB.

No estado do Rio de Janeiro, o custeio do PMAQ-AB contribuiu com 16,04% do componente do PAB variável. Decompondo-se por região de saúde, observa-se que a Baía da Ilha Grande é a região com a maior participação do custeio do PMAQ na composição do PAB variável, com o percentual de 26,90%. A segunda região com maior participação do PMAQ no componente variável é a Centro-Sul, onde o custeio do PMAQ contribui com 25,07% para o total do PAB variável. A região com menor participação do custeio do PMAQ na composição do PAB variável é a Noroeste, com 9,41%.

Tabela 7 - Percentual das transferências referentes ao custeio do PMAQ-AB, repassado no ano de 2019, e seu percentual na composição do total do PAB variável no mesmo período, nos cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro

Municípios	População em 2019	Valor referente ao Custeio do PMAQ em 2019	Valor referente ao PAB variável de 2019	Participação, em %, das transferências de custeio do PMAQ no montante do PAB Variável em 2019
Rio de Janeiro	6.718.903	R\$ 52.226.085,95	R\$270.447.158,84	19,31 %
São Gonçalo	1.084.839	R\$ 2.593.918,86	R\$ 42.512.443,22	6,10 %
Duque de Caxias	919.596	R\$ 540.973,63	R\$ 12.751.461,90	4,24%
Nova Iguaçu	821.128	R\$ 1.203.806,19	R\$ 16.305.072,66	7,38%
Niterói	513.584	R\$ 3.881.732,09	R\$ 18.466.423,16	21,02%
Estado do Rio de Janeiro	17.264.943	R\$ 97.478.734,69	R\$607.687.240,65	16,04%

Fonte: Tabnet da Secretaria de estado do Rio de Janeiro, 2022; E-gestor AB,2021.

Os municípios de Niterói e do Rio de Janeiro são os que possuem maior participação do componente de custeio na composição do montante final do PAB variável – 21,02% e 19,31%, respectivamente. Já os municípios de Duque de Caxias, São Gonçalo e Nova Iguaçu possuem uma participação menor deste componente.

A adesão ao PMAQ-AB era voluntária e deveria acontecer de comum acordo entre a gestão municipal da APS e os trabalhadores das equipes nos territórios. Os valores referentes ao PMAQ-AB eram repassados de acordo com a certificação das equipes após a realização da avaliação externa, o que gerava em um mesmo município, equipes recebendo valores de repasse diferentes de acordo com sua classificação. O último ciclo do PMAQ-AB teve início com o processo de adesão no ano de 2015 e foi finalizado no final de 2018. As transferências para os municípios, de acordo com a certificação de suas equipes, foram realizadas a partir do ano de 2019 até a competência de agosto de 2020. As transferências de custeio do PMAQ-AB foram definidas nas regras de transição do programa Previne Brasil (BRASIL, 2019c). O quadro que se segue apresenta o quantitativo de equipes do estado do Rio de Janeiro que participaram do terceiro ciclo de PMAQ-AB, distribuídas de acordo com sua classificação após a certificação.

Quadro 10 - Número de equipes no estado do Rio de Janeiro que participaram do terceiro ciclo do PMAQ – AB (2015-2018)

Classificação das equipes após a certificação	Total de equipes
Equipes desclassificadas	122
Equipes consideradas com desempenho insatisfatório	1
Equipes consideradas com desempenho muito bom	587
Equipes consideradas com desempenho ótimo	32
Equipes consideradas com desempenho bom	505
Equipes consideradas com desempenho regular	547
Equipes consideradas com desempenho ruim	555
Total Geral	2349

Fonte: Adaptado da Apresentação do Ministério da Saúde – 3º Ciclo PMAQ-AB (2015-2018), S.D.

O PMAQ-AB utilizou para o cálculo das transferências relativas as equipes, após a certificação, um fator de desempenho, que é um valor fixo para cada tipo de equipe. Este valor é multiplicado pelo fator de multiplicação estabelecido de acordo com as faixas de classificação das equipes (1- ruim/ 2- regular/ 5- bom/ 9- muito bom/ 10 ótimo). Este método garante que a equipe classificada como ótima receba um valor 10 vezes maior que uma equipe com a classificação ruim. Para as equipes de eSF ou eAB que participaram do PMAQ-AB sem a Saúde Bucal, o valor base era de R\$ 878,80. Já as eSF e eAB com Saúde Bucal o valor base era de 241,96 (BRASIL, s/d).

A seguir, apresentamos um quadro-síntese extraído da apresentação do Ministério da Saúde sobre a certificação do terceiro ciclo do PMAQ-AB e os valores previstos de repasse por equipes da Atenção Básica (eSF e eAB) sem as equipes de Saúde Bucal (eSB) e com Saúde Bucal (eSF/SB e eAB/SB).

Figura 8 - Cálculos para as transferências relativas as equipes da Atenção Básica (eSF e eAB) sem as equipes de Saúde Bucal (eSB) e com Saúde Bucal (eSF/SB e eAB/SB)

Fator AB		Fator AB/SB*		AB		AB/SB		Total		Fator de desempenho	Valor por equipes AB	Valor por equipes AB/SB
R\$ 878,80		R\$ 241,96		n	%	n	%	n	%			
Desempenho	Ponto de corte	Intervalo	n	%	n	%	n	%				
Ótimo	-	8,1 até 10	330	2,29	1.031	4,55	1.361	3,67	10	R\$ 8.787,96	R\$ 11.207,61	
Muito Bom	8	7,1 até 8	2.282	15,82	3.959	17,46	6.241	16,82	9	R\$ 7.909,17	R\$ 10.086,85	
Bom	7	6,1 até 7	4.555	31,58	6.779	29,89	11.334	30,55	5	R\$ 4.393,98	R\$ 5.603,80	
Regular	6	4,1 até 6	5.047	34,99	6.827	30,11	11.874	32,00	2	R\$ 1.757,59	R\$ 2.241,52	
Ruim	4	0 até 4	2.210	15,32	4.081	18,00	6.291	16,96	1	R\$ 878,80	R\$ 1.120,76	
Total			14.424	100,00	22.677	100,00	37.101	100,00				

Fonte: Apresentação do MS sobre o terceiro ciclo do PMAQ-AB (2015-2018), s/d.

Quadro 11 - Resultado alcançado dos indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020 pelos municípios do Rio de Janeiro

Indicador	Fonte de origem	Peso	Parâmetro	Meta 2020	Resultado dos municípios do estado no 3º quadrimestre de 2020
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	SISAB	1	>=80%	60%	29%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	SISAB	1	>=95%	60%	33%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	SISAB	2	>=90%	60%	20%
Cobertura de exame citopatológico	SISAB	1	>=80%	40%	8%
Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente	SISAB + SIPNI	2	>=95%	95%	61%
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	SISAB	2	>=90%	50%	2%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	SISAB	1	>=90%	50%	13%

Fonte: Adaptado da nota técnica nº5/2020-DESF/SAPS/MS; Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde, 2022.

O Quadro 11 apresenta o quão distante o resultado alcançado pelos municípios do estado do Rio de Janeiro se encontrava da meta proposta no terceiro trimestre de 2020. A Nota Técnica nº 08/2020 do COSEMS-RJ já versava sobre a discrepância observada ainda no segundo quadrimestre do mesmo ano. A nota informa que, diante do contexto pandêmico, foi imposta a necessidade de reorganização da APS, o que influenciou de forma direta na diminuição do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de usuários que apresentavam condições crônicas não agudizadas, bem como a busca pela realização de procedimentos como exames e imunização (COSEMS-RJ, 2020b).

A referida nota técnica também destaca o fato de que o método de cálculo dos indicadores passa a ser individualizado e com base nos cadastros válidos, que naquele momento ainda apresentava fragilidades em vários municípios. Outra preocupação diz respeito ao uso das estimativas populacionais de acordo com a classificação de tipologia do IBGE, o que pode causar dificuldades para os municípios que organizaram a APS com número de usuários menor que o previsto nas regras do Previner Brasil. Também foi demonstrada a preocupação com a temporalidade dos indicadores, que consideram os 12 meses anteriores, com a exceção do indicador de cobertura de exame citopatológico, que tem uma temporalidade de 36 meses, o que, para a competência de 2021, utilizaria como referência os anos de 2018, 2019 e 2020, sendo que este último se mostrou extremamente atípico (COSEMS-RJ, 2020b).

Um destaque importante da nota faz referência ao indicador de cobertura vacinal, que passa a ser usado com base na estimativa da população coberta pela APS, e não com o total de população residente no município, o que gera distorções como o alcance de 100% das metas em determinados municípios pelo programa Previner Brasil e que pelos parâmetros do Programa Nacional de Imunização (PNI) não alcançam 100% de cobertura (COSEMS-RJ, 2020b).

5.1 As iniciativas da SES-RJ e do COSEMS-RJ frente à mudança no financiamento federal da APS

O estado do Rio de Janeiro realizou movimentos importantes para tentar avaliar os impactos das mudanças no financiamento representadas pelo programa Previner Brasil nos

municípios do estado. Tanto o Conselho de Secretários Municipais do estado (COSEMS-RJ) quanto a SAPS-SES se mobilizaram para realizar estudos e propiciar o debate junto aos gestores municipais sobre essa pauta.

Abaixo se apresenta uma linha do tempo com as principais ações realizadas pelo estado, bem como os atravessamentos decorrentes da pandemia da Covid-19.

Figura 9 - Linha do tempo do estado do Rio de Janeiro. Principais movimentos realizados frente a nova modalidade de financiamento da Atenção Primária à Saúde e a pandemia da Covid-19, nos anos 2019 e 2020



Fonte: A autora, 2022.

O primeiro marco da linha do tempo acima representada trata da confecção Nota Técnica nº 1, em novembro de 2019, pelo COSEMS/RJ em parceria com a SAPS/SES-RJ, para avaliar os possíveis impactos da proposta de financiamento apresentada pelo MS para a APS. O grande destaque desta nota técnica diz respeito à distorção da classificação da tipologia rural-urbano (IBGE) como metodologia para o dimensionamento das equipes de APS no território. No estado do Rio de Janeiro, observa-se uma das maiores proporções de municípios classificados como urbanos, chegando a 67% do total. Considerando que estes municípios trabalham com o parâmetro de cadastro de 4.000 habitantes cadastrados por equipe, estes terão, sim, um obstáculo maior para alcançar a meta proposta pelo MS.

Ainda em novembro de 2019, a SAPS/SES-RJ, ao ter ciência da proposta do fim da transferência para custeio das equipes NASF-AB, incluiu no Programa de Financiamento

Integrado da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) um adicional no mesmo valor até então praticado pelo MS para o custeio das equipes de NASF-AB do estado.

Em dezembro de 2019, foi lançada a segunda Nota Técnica do COSEMS-RJ, com a proposta de analisar os impactos na modificação do financiamento da APS para os anos de 2020 e 2021 nos municípios do estado do Rio de Janeiro, com maior centralidade no componente Capitação Ponderada, que naquele momento era o componente com as regras claramente definidas em portaria. Também nesse período, os Grupos de Trabalho Regionais da Atenção Primária à Saúde (GT-APS),²⁶ que se reúnem mensalmente nas regiões de saúde sob a coordenação do apoio institucional da SAPS-SES/RJ, trabalharam com as coordenações de APS e Saúde Bucal a previsão orçamentária de transferência de recursos federais para a APS dos municípios, preparando os gestores para as novas regras da transição do financiamento do Previne Brasil (OFICINA PREVINE BRASIL, 2021).

Em janeiro de 2020, foi realizado o XXI Fórum de Atenção Primária à Saúde,²⁷ intitulado “Novas Regras do Financiamento da Atenção Primária à Saúde”. Nesse momento, foram debatidas as novas regras propostas pelo programa Previne Brasil, as regras do PREFAPS e apresentadas as estratégias de apoio institucional da SAPS-SES-RJ, como a realização dos GT-APS nas nove regiões de saúde. Em março, foram realizados dois fóruns regionais de APS, nas regiões da Baixada Litorânea e Centro-Sul, como desdobramentos do Fórum de APS de janeiro.

Com a declaração da pandemia de Covid-19, a equipe da SAPS-SES-RJ se concentrou na confecção de manuais e notas técnicas para apoiar os gestores e equipes de APS dos municípios na organização dos processos de trabalho para o combate a essa doença. No mês de junho, foi realizada a terceira atualização das diretrizes para o enfrentamento à pandemia de Covid-19.

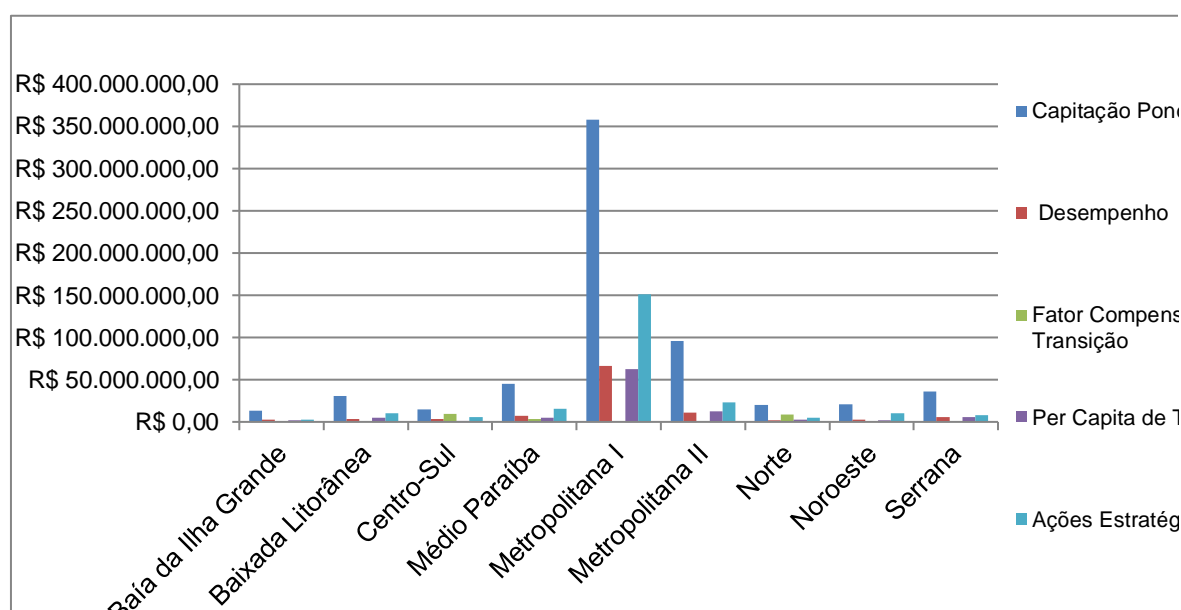
Em outubro de 2020, ocorreu uma visita de representantes da SAPS/MS e do CONASEMS para discutir, com a equipe técnica da SAPS-SES-RJ e do COSEMS-RJ, alguns pontos relevantes do programa Previne Brasil. Após essa visita, foi pactuada em CIB e publicada a Nota Técnica n° 8 do COSEMS-RJ, que abordou questões relacionadas a perdas

²⁶ Os grupos de trabalhos nas regiões de saúde tiveram início no ano de 2013, e se chamavam grupos de trabalho da atenção básica (GT-AB) e cada região a época teve pactuada em CIB seus grupos. A coordenação dos grupos de trabalho era feita pela equipe de apoiadores da SAPS-SES-RJ. No ano de 2018, foi publicada a Deliberação CIB-RJ n° 5.611, de 6 de dezembro de 2018, pactuando os GT-APS nas regiões de saúde, com periodicidade mensal.

²⁷ A SAPS-SES-RJ, em parceria com COSEMS-RJ, reuniu mais de 300 gestores da SES-RJ e dos municípios fluminenses, além de representantes do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES-RJ), professores e alunos de universidades e coordenadores dos programas de residência em Saúde da Família (RIO DE JANEIRO, 2020a)

de recursos de alguns municípios do estado em 2020, discutiu a existência de municípios com cadastro potencial maior do que a população residente, a validade apenas para o ano de 2020 das Portarias nº172 e 173 e as fragilidades, tais como municípios com baixa cobertura de APS e no processo de cadastramento, além de aprofundar discussões sobre o componente de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (COSEMS-RJ, 2020b).

Gráfico 10 - Transferências realizadas no ano de 2020 referentes aos componentes do Programa Previne Brasil, nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Tabela da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

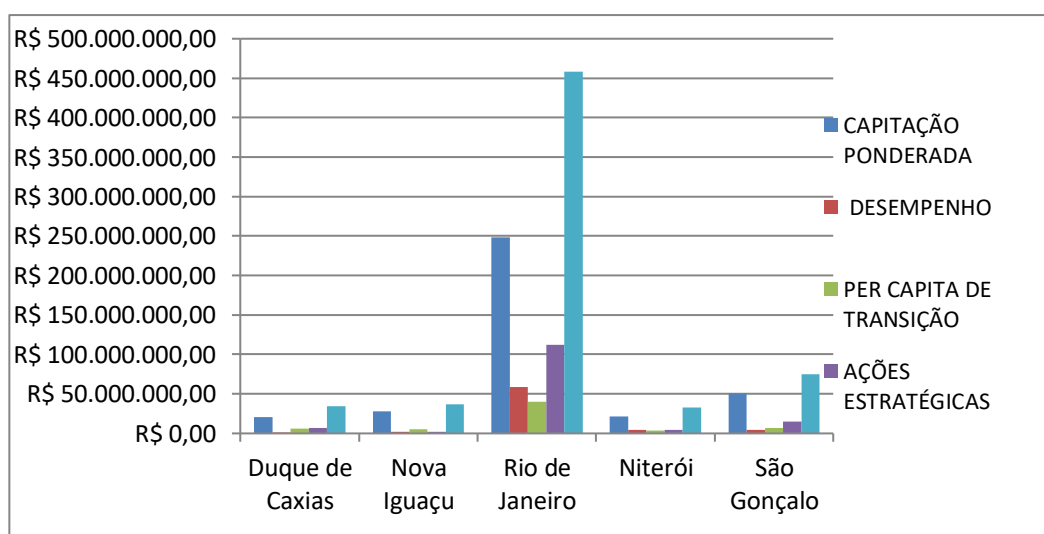
No gráfico, verifica-se que no ano de 2020, a maior fatia da transferência do programa Previne Brasil para os municípios das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro era referente ao componente de Capitação Ponderada. Em sete regiões de saúde, o segundo montante mais importante relativo à APS diz respeito às ações estratégicas e nas regiões Centro-Sul e Norte chama atenção o valor do fator transitório de compensação.

Em janeiro de 2020, foram publicadas duas portarias pelo MS, a Portaria nº 172/2020, com os valores *per capita* de transição para municípios que apresentaram a manutenção de valores ou acréscimo ao aplicarmos as regras de financiamento do programa Previne Brasil, onde se encontram contemplados 84 municípios do estado e seus valores com base na população IBGE do ano de 2019; e a Portaria nº 173, que contempla os municípios que apresentam decréscimo quando aplicadas as novas regras do financiamento da APS. Nesta portaria, estão contemplados os municípios de Areal, Barra do Pirai, Campos dos Goytacazes,

Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul e Paty do Alferes para o recebimento de um recurso denominado “incentivo financeiro de transição” durante todo o ano de 2020.

Com o advento da Pandemia da Covid-19, os períodos propostos para a transição do modelo anterior de financiamento para o modelo em introdução foram alongados durante o ano de 2020. O componente Capitação Ponderada foi transferido para todos os municípios com base em 100% dos cadastros previstos. A regra de transição do componente Pagamento por Desempenho implicou a transferência, a partir da competência de setembro de 2020, como se todos os municípios tivessem alcançado 100% das metas dos indicadores propostos. Nas competências de janeiro a agosto de 2020, os municípios receberam os valores previstos nas regras de transição do programa Previne Brasil, ou seja, os valores referentes à classificação de suas equipes no terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Gráfico 11 - Transferências realizadas no ano de 2020 referentes aos componentes do Programa Previne Brasil, nos 5 maiores municípios do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

Quando se observa a composição total das transferências realizadas para a APS nos municípios selecionados acima, o componente de Capitação Ponderada é o que mais contribui no volume total das transferências do ano de 2020, variando de 76% em Nova Iguaçu, 67% em São Gonçalo, 65% em Niterói, 60% em Duque de Caxias e 54% no Rio de Janeiro.

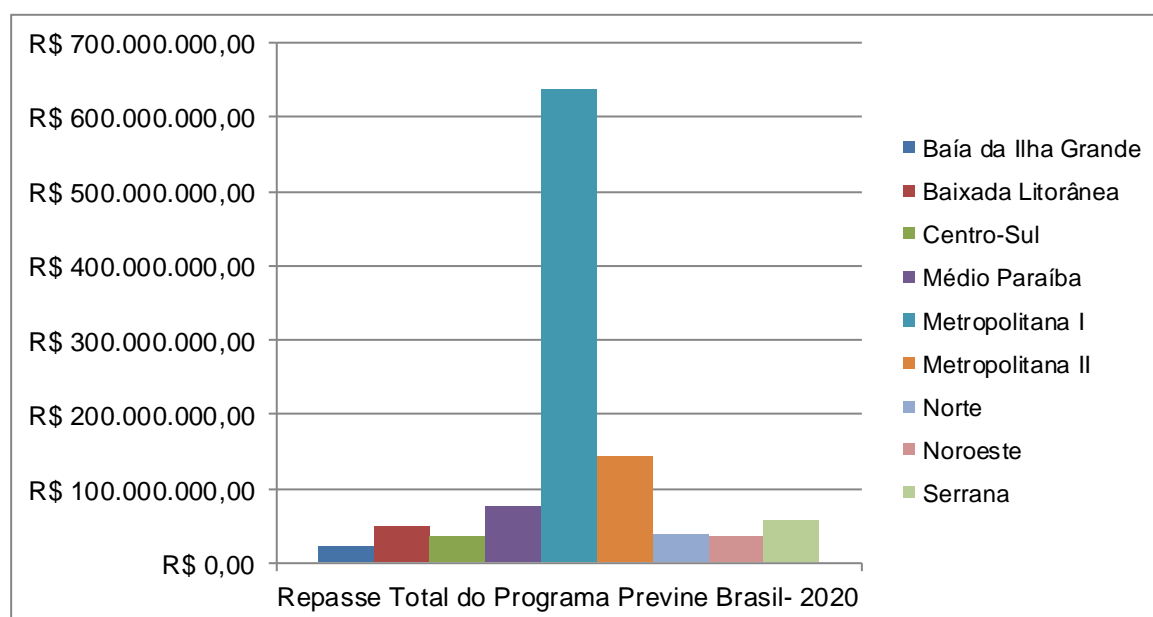
O componente de ações estratégicas, que remunera equipes específicas como as eSB, eCNAR, Academia da Saúde e para Agentes Comunitários de Saúde, corresponde ao segundo

valor de contribuição no cálculo final das transferências para APS em 2020. No Rio de Janeiro, a contribuição foi de 24,47%.

O componente de Pagamento por Desempenho contribuiu nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, com respectivamente, 12,67% e 11,96% dos recursos para APS. Em Nova Iguaçu e Duque de Caxias, a contribuição foi de 5,42% e 3,62%, respectivamente. Em Niterói e São Gonçalo, foi de 9,43% e 8,72%.

Já o Fator de Transição é a terceira maior contribuição para as transferências de APS, atrás da Capitação Ponderada e das Ações Estratégicas nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, nos quais contribuiu com 16,21 % e 13,42%, respectivamente.

Gráfico 12 - Transferências totais do programa Previne Brasil aos municípios por região de saúde do estado do Rio de Janeiro no ano de 2020



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

As regiões que receberam os maiores valores para custeio da APS no estado do Rio de Janeiro foram Metropolitana I (R\$ 637.562.061,70) e Metropolitana II (R\$ 143.042.575,77), que respondem por aproximadamente 70% do total de transferências federais realizadas para os municípios do estado no ano de 2020 (R\$ 1.093.425.667,53). As regiões que receberam as menores transferências foram a Baía da Ilha Grande, Noroeste e Centro-Sul, respectivamente.

O componente de Capitação Ponderada contribuiu com mais de 50% ao montante das transferências federais para os municípios do estado do Rio de Janeiro. Na região Metropolitana II, observou-se a maior participação deste componente, com 67%. A única

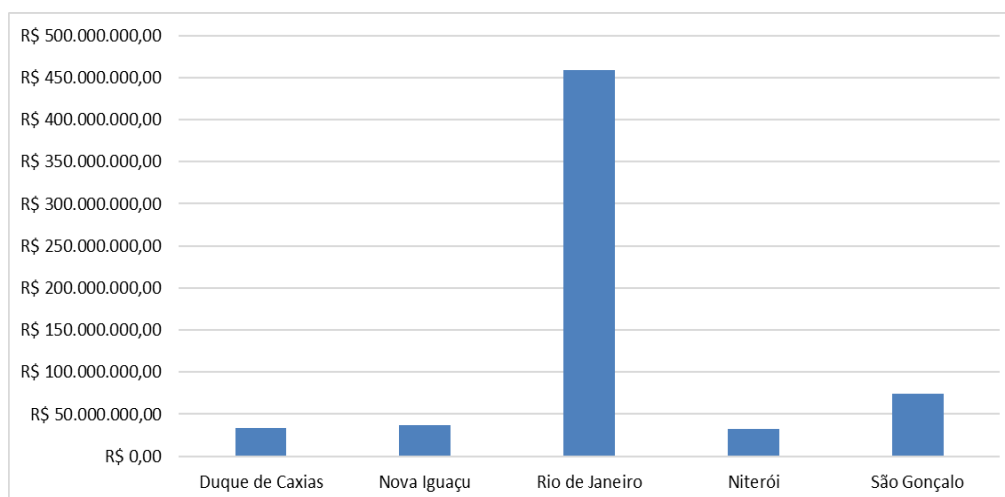
região de saúde onde este componente contribuiu com menos de 50% dos recursos destinados à APS foi a Centro-Sul, com 48%.

O componente de Ações Estratégicas teve participação de 21% na composição das transferências federais para a APS dos municípios, sendo o segundo em participação. A única região de saúde onde os recursos atrelados a este componente foram menores que o do componente Pagamento por Desempenho foi na Baía de Ilha Grande (13%). A região onde este componente teve maior participação foi a Noroeste (28%), seguida pela Metropolitana I (24%).

Os componentes Pagamento por Desempenho e o *per capita* de Transição participaram da composição das transferências federais para APS no estado do Rio, com 9,75% e 9,01%, respectivamente. Destaque para a regiões da Baía da Ilha Grande, onde o componente Pagamento por Desempenho apresentou maior contribuição, 14,45%. A região onde este componente representou a menor participação foi a Norte, com 5,78%. Em relação ao componente *per capita* de Transição, a região onde este representou menor contribuição em 2020 foi a Centro-Sul, com 4,11%.

Os municípios do estado do Rio de Janeiro receberam, em 2020, R\$ 20.874.779,70 referentes ao fator Compensatório de Transição, destinado aos municípios que apresentariam perdas nas transferências federais com a aplicação das regras do programa Previne Brasil quando comparado aos recursos transferidos em 2019, na vigência do PAB. As regiões de saúde que fizeram jus a este repasse foram a Centro-Sul (R\$ 9.193.541,88), a Norte (R\$ 8.500.121,13) e a Médio Paraíba (R\$ 3.181.116,69).

Gráfico 13 - Transferências totais do programa Previne Brasil aos cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro no ano de 2020



Fonte: Tabnet da Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

O gráfico apresenta o total transferido para o custeio da APS, pelo ente federal, aos cinco maiores municípios do estado do Rio de Janeiro. Os municípios que mais receberam do montante total transferido foram a Capital, com 42%, e São Gonçalo, com 7%. Os municípios de Duque de Caxias, Niterói e Nova Iguaçu receberam aproximadamente 3% cada um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação do estado do Rio de Janeiro, tal como conhecemos hoje, com suas divisões em regiões de saúde e administrativas, tem influência no processo de organização do sistema de saúde. Alguns pontos merecem ser destacados no processo de conformação iniciado com a fusão no ano de 1975, com a grande diferença entre a organização entre o “velho” estado do Rio de Janeiro e o estado da Guanabara, em termos de organização de serviços de saúde, de desenvolvimento econômico, concentração da população e desenvolvimento das ações de saúde.

O texto de Parada (2010) nos apresenta uma primeira proposta de divisão composta por cinco regionais: Norte – Campos, Baixadas Litorâneas – Macaé, Serrana – Nova Friburgo, Médio Paraíba – Vassouras e Metropolitana e Litoral Sul – as duas últimas com a coordenação no município do Rio de Janeiro, na sede da SES. As coordenadorias existentes nesses municípios-polo foram um primeiro exercício de descentralização da SES-RJ e eram responsáveis por administrar os programas e executar as funções de vigilância em saúde.

A proposta de descentralização do SUS, a partir de sua implementação, na década de 1990, impulsionou o movimento de municipalização da saúde e induziu um esvaziamento do ente estadual com certa indefinição do papel deste, sobretudo durante a década de 1990. Esforços relacionados à regionalização previstos em normativas da década de 2000 tentaram retomar o papel de articulador deste ente, além das discussões sobre a necessidade de se retomar a regionalização e hierarquização na organização do SUS nos estados. O estado do Rio de Janeiro fez alguns movimentos nessa década, relacionados à organização da PPI, a reafirmação das regiões de saúde e construção de um PDR, muito como reflexo de sua adesão ao Pacto pela Saúde.

Quando comparamos a composição das regiões de governo com a das regiões de saúde em vigor, percebemos diferenças na sua composição e conformação. Uma das principais é que há oito regiões de governo e nove regiões de saúde. A região de governo denominada “Metropolitana” agrega municípios das regiões de saúde Metropolitana I e II, com exceção do município de Silva Jardim. Além desses municípios, fazem parte da região de governo Metropolitana os municípios de Petrópolis, Guapimirim, Cachoeiras de Macacu e Paracambi. Pela divisão das regiões de saúde, os três primeiros fazem parte da região Serrana e o último, da região Centro-Sul. Esta diferença na conformação das regiões, apesar de parecer discreta, pode suscitar discordâncias de alguns municípios relacionadas ao seu pertencimento a determinada região de saúde. Para a administração do governo, a divisão em oito regiões

administrativas tem influência na organização de estratégias vinculadas a outras secretarias, que podem em algum momento ser desarmônicas com o planejamento da SES-RJ.

As questões relacionadas à tão falada “governança” regional ainda constituem um enorme desafio na organização da RAS. A solidariedade entre entes, ressaltada como essencial para a organização dos processos regionais, muitas vezes não é suficiente para vencer os atravessamentos políticos que tensionam a organização hierárquica e regional da RAS. Outro ponto de tensão relevante a ser enfrentado diz respeito a gestão/gerenciamento desse espaço. Em relação à capital, é inegável que seus resultados em saúde, a organização da sua RAS e, como consequência, do sistema de saúde em seu território, tenham impacto importante no estado como um todo. O peso de ser a antiga capital do país, sua herança histórica tanto na organização administrativa quanto política, associada à proposta de descentralização brasileira e do SUS, fazem com que este ente tenha desenvolvido uma relação estreita com o ente federal, deixando o ente estadual muitas vezes à parte da discussão da organização do SUS em seu território.

No que se refere à NOB 96, destacamos a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), composto por um componente fixo (PAB-fixo) e outro variável (PAB-variável), ambos sendo mecanismos prospectivos inovadores de financiamento à época. O componente fixo instituiu um valor de transferência por habitante (*per capita*), sem necessidade de comprovação da realização de procedimentos, rompendo com o modelo de pagamento retrospectivo por produção até então em vigor. O PAB variável possuía a característica de indução na organização de modelo de APS a ser adotado, baseado nas configurações de equipes específicas do PSF e PACS. Outra característica importante da NOB 96 foi permitir maior autonomia do ente municipal, garantindo a descentralização de recursos e decisões de organização do SUS, em especial da APS, para este ente subnacional.

Baptista (2007) realizou uma análise das portarias ministeriais publicadas desde a década de 1990 até o ano de 2002 e observou que as normas de financiamento ocuparam lugar de destaque na condução da política de saúde. A autora destacou a relevância da transferência de recursos no processo de condução da política nacional de saúde, ao associar incentivos financeiros à adoção de políticas pelos gestores das esferas subnacionais.

O Bloco da Atenção Básica era composto pelo PAB Fixo e Variável, que representaram um forte movimento de descentralização de recursos federais para impulsionar a reorganização da APS em todo o território nacional. Após duas décadas da transferência do binômio do PAB fixo/variável, observou-se uma ampliação mais significativa do componente variável, atrelado à adesão a programas específicos, que do componente fixo. O PAB variável,

apesar de diminuir um pouco a autonomia dos municípios, permitiu a indução de estratégias importantes para a qualificação e expansão da atenção básica, favorecendo a desconcentração de serviços com a implantação de equipes de saúde da família, de NASF e saúde bucal, por exemplo (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018a).

As transferências intergovernamentais regulares do SUS se caracterizam como forma relevante de financiamento para os entes municipais, dentre as quais se destacam, segundo Dain (2007), as relacionadas aos programas da atenção básica atrelados ao PAB variável e as ações estratégicas financiadas pelo FAEC.

Massuda e Pinto (2020) argumentam que o momento de austeridade vivido no país a partir de 2016, com a redução de recursos para a saúde e para a APS, e a grave situação fiscal situação dos municípios, foram determinantes para a aprovação em 2017 de uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com mudanças muito significativas, permitindo a flexibilização na composição das equipes da APS, a redução de carga horária e dos de requisitos mínimos de profissionais para cobrir a população de determinado território.

No ano de 2019, frente ao agravamento da crise financeira do país, foi apresentada pelo MS a nova proposta de financiamento para a APS, o programa Previne Brasil. Ele alega usar como referência o modelo inglês, porém, diferentemente do ali previsto, que trabalha com a adscrição de clientela e avaliação de desempenho para o pagamento dos prestadores, no Brasil, algumas distorções são apresentadas. A proposta de capitação ponderada diverge da adscrição do modelo inglês na não possibilidade de o usuário ter escolha sobre sua equipe de preferência para a vinculação. O Componente de Pagamento por Desempenho, que é o modelo de financiamento da avaliação de desempenho do programa Previne Brasil, é proposto para a realização de transferências intergovernamentais, e não para o pagamento direto de prestadores. Esta distorção é produto da diretriz de descentralização do SUS, em que o gestor municipal é operador dos serviços de APS, e, portanto, o responsável pela prestação/contratação dos mesmos em seu território (MASSUDA; PINTO, 2020).

O modelo de pagamento por desempenho se caracteriza como remuneração ajustada de acordo com o desempenho alcançado pelos prestadores, geralmente associado a outra modalidade de pagamento. Para sua mensuração, são usados indicadores, que podem ser de processo, resultado, quantitativo ou qualitativo. Seu principal objetivo é a redução dos custos globais além do aumento da qualidade e efetividade dos serviços de saúde ofertados (ANS, 2019).

Dentre as críticas associadas ao uso dessa modalidade de remuneração, uma tem relação com o fato de esse modelo não garantir necessariamente que os serviços ofertados sejam apropriados para determinado paciente, já que os indicadores acompanhados são definidos para determinado público-alvo, e não de forma individualizada. Outras críticas são relacionadas ao fato de o prestador ser remunerado mesmo quando o serviço individual prestado não corresponde à qualidade esperada para o paciente, além de não estimular a continuidade de melhorias, uma vez que as metas mínimas estabelecidas sejam alcançadas (ANS, 2019).

Algumas modulações podem ser utilizadas para corrigir as limitações do modelo de pagamento de desempenho, dentre as quais se destacam o uso de sistemas de informação qualificados, a coordenação do cuidado, o acompanhamento dos dados epidemiológicos da população assistida e o monitoramento contínuo dos programas e incentivos para detecção de efeitos não previstos na qualidade do atendimento prestado (ANS, 2019).

Existe hoje uma tendência a aplicar modelos diferentes para atenção primária à saúde e atenção hospitalar. Na atenção primária pública, na maioria das vezes o modelo aplicado é o de capitação, podendo ser utilizado sozinho ou combinado com outras modalidades. Para o pagamento dos prestadores e a remuneração médica, na maioria das vezes é adotado o pagamento de salários. Modelos de remuneração por cada unidade de atividade, como o pagamento por desempenho, têm a seu favor o incentivo ao tratamento e à produtividade, e como desvantagens, o uso desnecessário e a fragmentação do cuidado. Já a capitação tem a vantagem da previsibilidade de receita para o prestador e a desvantagem de tensionar o racionamento de serviços assistenciais e transferência de risco ao prestador (ANS, 2019).

A transferência regular do PAB fixo, de base *per capita*, foi considerada inovadora por ser a primeira prevista no SUS não atrelada à produção. Considerada alinhada com o princípio da universalidade e com a diretriz da descentralização presentes no regramento legal do SUS, suas transferências eram garantidas independentemente do modelo adotado para organização da APS pelos municípios. Sua substituição pela transferência atrelada a cadastro, prevista no Componente Capitação Ponderada do Previner Brasil, pode ser vista como um retrocesso, pois nesse formato o custeio está atrelado ao cadastro realizado pelas equipes existentes em cada território, o que pode não refletir a totalidade da população residente no território.

A absorção pelo componente Capitação Ponderada dos recursos do PAB variável referentes ao custeio da eSF, eAP, incremento para contratação de gerentes nas unidades

básicas de saúde (UBS) e das equipes de NASF-AB, provoca uma reflexão sobre a descontinuidade dos processos relevantes para a organização da APS, relacionados à continuidade do cuidado. Para a realização do cadastro, as equipes da APS (eSF ou eAP) terão que organizar seu processo de trabalho com foco no alcance do teto de cadastros previstos por equipe, com o objetivo de evitar a perda de recursos financeiros para a APS.

Dessa forma, o programa Previne Brasil poderá influenciar na forma de programar a assistência à saúde nas equipes de APS, correndo o risco de o parâmetro de cadastro para o financiamento passar a orientar a organização assistencial. Em consequência, existe o risco do abandono da organização da cobertura populacional de cada equipe, considerando variáveis como o território e suas necessidades em saúde, o que pode gerar deficiências importantes em relação a continuidade e qualidade da assistência prestada.

Apesar de não ser objeto de aprofundamento deste trabalho, é relevante pontuar que o componente Ações Estratégicas possui caráter indutor de transferência por adesão a determinadas ações e programas, em consonância com a lógica empregada no PAB variável. Baptista, Fonseca e Morosini (2020) assinalam que, apesar da manutenção da indução para determinados incentivos, são extintos os incentivos considerados estruturantes para a orientação do modelo e lógica de trabalho até então empregados na APS brasileira, como a implementação das eSF, NASF-AB e saúde indígena. Mesmo sendo possível seu cadastro no SCNES a partir de fevereiro de 2020, estas perdem o caráter estratégico na organização da APS no país.

Outro ponto de preocupação está relacionado com a publicação, em dezembro de 2019, da carteira de serviços da APS. As críticas relacionadas a esta publicação versam sobre o afastamento da lógica até então empregada para a organização dos serviços ofertados nas UBS pelas eSF, que tinham como princípio a base territorial e a comunidade, além da busca pela longitudinalidade do cuidado. Outro quesito debatido é a “lista” de serviços para APS, que podem ser classificados como essenciais ou ampliados. Nessa proposta, o gestor local pode escolher trabalhar com padrões essenciais ou estratégicos de oferta de serviços. O documento parte de padrões mínimos e reitera a lógica indicada na PNAB 2017, podendo gerar distorções importantes na organização do processo de trabalho das equipes de APS (BAPTISTA; FONSECA; MOROSINI, 2020).

A incorporação no componente Capitação Ponderada do Previne Brasil do custeio referente às equipes NASF, ao invés de tornar esta equipe um componente estratégico – como, por exemplo, foi feito com as eSB ou eCNAR – é uma clara escolha pela

descontinuidade do processo de aumento da resolutividade, da educação permanente e da gestão do cuidado na APS. A proposta vem apresentada como um processo de autonomia dos gestores locais, que podem optar ou não pela inclusão de determinados especialistas nas unidades básicas de saúde para realizar atendimento aos usuários. Nessa lógica, perdem as equipes e seus usuários, que, para terem contato com determinados especialistas da saúde, antes possível com a realização de interconsultas, na possibilidade do matriciamento e discussão de casos, passam a ter a necessidade de buscar uma consulta especializada na “engarrafada” Média Complexidade.

O PMAQ-AB foi formulado, em 2011, com o objetivo de ampliar acesso e melhorar a qualidade da AB por meio de estratégias de qualificação das equipes e buscando a produção de padrões de qualidade comparáveis que permitissem demonstrar a efetividade das ações da AB. Seu desenho foi pensado de forma a reduzir a verticalização de alguns programas operados pelo MS, com a intenção de mobilizar a gestão da AB nas três esferas de governo e os profissionais que atuavam nas equipes. Outra inovação do programa consistia na indução da cultura da autoavaliação dos processos de trabalho das equipes (AKERMAN *et al.*, 2020).

Gomes e Mehry (2020) apontaram algumas limitações relacionadas ao PMAQ-AB, das quais destacamos a dificuldade de induzir modificações significativas na organização da atenção básica nos municípios com fragilidades de gestão e sem propostas organizadas para a APS; o uso como instrumento de coerção dos trabalhadores pelos gestores ou de pressão no sentido inverso; e a falta de pertencimento pelos integrantes das equipes do processo avaliativo, geralmente relacionada aos vínculos precários de contratação.

Apesar das críticas existentes ao PMAQ-AB, sua descontinuidade enquanto proposta avaliativa abrangente das equipes de APS pode ser considerada uma perda, considerando sua indução ao debate político, envolvendo a academia, gestores e técnicos do SUS, e seu propósito avaliativo que “buscava induzir a qualidade da AB por meio da melhoria da infraestrutura, financiamento e gestão dos processos de trabalho.” (AKERMAN *et al.*, 2020, p. 26).

Deste ponto de vista, a substituição proposta pelo Previne Brasil do PMAQ-AB pelo componente de Pagamento por Desempenho, mesmo que com a “roupagem” de incentivo à qualidade, tem um caráter claramente direcionado ao pagamento por resultado alcançado e, como consequência, todas as limitações previstas para esta forma de remuneração.

No estado do Rio de Janeiro, um movimento sinérgico foi iniciado pelo COSEMS-RJ e pela SAPS/SES, no sentido de compreender como a nova proposta de financiamento da

APS impactaria nos recursos a serem destinados aos municípios do estado em 2020. Neste sentido, foi criado um grupo de trabalho, com representantes das duas estruturas, para a discussão do Previne Brasil, que permanece ativo. Uma das iniciativas mais importantes deste grupo se deu com a confecção de notas técnicas, que começaram a ser produzidas ainda em 2019 para apoiar os municípios do estado na transição do financiamento federal da APS.

A Nota Técnica nº 02/2019 aprofundou discussão, à luz da portaria recém-publicada do Previne Brasil, do componente Capitação Ponderada. Os cenários apresentados, mesmo incluindo as regras de transição, demonstravam a necessidade de ajustes no programa para evitar que os municípios sofressem perdas de recursos. Um dos cenários apontados, o dos municípios com 100% de cobertura de eSF, apontava para quatro municípios – Areal, Paraíba do Sul, Comendador Levy Gasparian e Paty do Alferes – que teriam perdas ao comparar as transferências federais para a APS em 2019 com a projeção para o ano de 2020. Estes municípios apresentavam como distorção o cadastro potencial por equipes maior do que a estimativa de população fornecida pelo IBGE. A mesma nota listou municípios onde o esforço de cadastro necessário seria de 60% do cadastro potencial, chegando a 26 municípios. Inclusive a nota, entendendo que 2020 seria um ano eleitoral, sugeriu que esses municípios tivessem o prazo de transição ampliado para o segundo quadrimestre de 2020, a fim de evitar perdas significativas de recursos.

Com a pandemia de Covid-19, muito se observou o quanto a capilaridade da APS foi importante para possibilitar cuidado, acompanhamento e monitoramento, feito inclusive muitas vezes de forma remota, de casos leves e seus contatos, além da realização de testes rápidos e sua importância para a realização da imunização contra a Covid-19 em todo o território nacional. Foi um momento de grande desafio e que gerou sobrecarga em todos os pontos de atenção do SUS.

As equipes da SAPS/SES e COSEMS-RJ voltaram seus esforços em 2020 para apoiar os gestores municipais na organização dos processos de trabalho da APS para esta situação excepcional. No segundo semestre de 2020, elaboraram de forma conjunta a Nota Técnica nº 8, que apontava que as dilatações referentes ao Previne Brasil foram realizadas em prazos exíguos, o que dificultava a organização dos municípios. Apresentaram, ainda, algumas propostas para o ano de 2021, já considerando que a pandemia ainda teria reflexos importantes no ano seguinte, o que exigiria maior dilatação de prazos para permitir a organização dos municípios para se adaptarem às regras propostas.

A proposta do presente estudo é olhar para a implementação da nova modalidade de financiamento federal da APS no ano de 2020. Mesmo com toda a excepcionalidade de 2020, que foi marcado pela extensão, bem-vinda, dos prazos previstos, foi possível vislumbrar como teria sido essa mudança para o estado do Rio de Janeiro, já que podemos olhar para os resultados numéricos alcançados em 2020 nos componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho e que não se refletiram em perda de recursos.

É sabido que novas adequações foram necessárias e realizadas pelo MS referentes às regras do Previde Brasil ao longo de 2020 e 2021, o que, de certa forma, pode demonstrar que esta proposta de financiamento para a APS ainda se encontra em um momento inicial e possivelmente ainda passará por reformulações até chegar ao seu formato maduro. Entender o papel desta proposta e sua influência real, seja ela direta ou indireta, na organização da APS nos territórios municipais do estado, considerando que ela ainda não está implantada de fato, uma vez que os municípios ainda estão recebendo os valores máximos dos componentes Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho, não será possível neste momento.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. *et al.* Avaliação da Atenção Básica no Brasil: lusco-fusco e aurora. In: AKERMAN, M *et al.* (Org.). **Atenção básica é o caminho!** Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS – Vol. II – Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 21-37.

ANS. **Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf Acesso em: 20 abr. 2022.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos Serviços de Saúde no Brasil. In: MARQUES, R. S.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016. p. 101-138.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a conduta da política de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfVqXGmF69z6mShpcfyVPdf/> Acesso em: 20 ago. 2021.

BAPTISTA, T. W. F.; FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento de Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-19, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cidades e Estados**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. **Lei n° 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.203**, de 6 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **Portaria n° 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL **Decreto n° 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.html Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.654**, de 19 de julho de 2011b. 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. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. **Lei n° 12.466**, 24 de agosto de 2011c. Acrescenta os arts. 14-A e 14-B à Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. 2011c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112466.htm Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.436**, de 21 de setembro de 2017a. 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), 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n° 6**, de 28 de setembro de 2017b. 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, 2017b. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf Acesso em: 28 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria n° 3.362**, de 08 de dezembro de 2017c. Altera a Portaria de Consolidação n° 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362_13_12_2017.html Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria de n° 3.947**, de 28 de dezembro de 2017d. Atualiza a base populacional para o cálculo do montante de recursos do componente do Piso de Atenção Básica Fixo PAB

Fixo da Portaria 1409/GM/MS, de 10 de julho de 2013 e do Anexo I; e altera o anexo II, 2017d. Disponível em: https://in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1487090/do1e-2017-12-29-portaria-n-3-947-de-28-de-dezembro-de-2017-1487086. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica 2017-2021**. Nota metodológica, 2017e.

Disponível em:

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 37**, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, 2018a.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. Portal do Departamento de Atenção Básica/MS. **Apresentação da certificação do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, s/d. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/certificacao_3ciclo_PMAQ.pdf Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.710**, de 8 de julho de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017, para instituir o fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde, 2019a. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.710-de-8-de-julho-de-2019-191451267> Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resumo executivo da 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite**, 2019b. – Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2019/outubro/resumo-cit-outubro.pdf> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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, 2019c.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resumo executivo da 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite**, 2019d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2019/novembro/resumo-cit-novembro.pdf/view> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.222**, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, 2019e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481> Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.958**, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), 2019f. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13958-18-dezembro-2019-789606-publicacaooriginal-159703-pl.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.958%2C%20DE%2018%20DE%20DEZEMBRO%20DE,Prim%C3%A1ria%20C3%A0%20Sa%C3%BAde%20%28Adaps%29.%20O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%9ABLICA> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 5/2020- DESF/SAPS/MS**. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, 2020a. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 172**, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-172-de-31-de-janeiro-de-2020-240912930> Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 173**, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil, 2020c. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/02/PORTARIA-N%C2%BA-173-DE-31-DE-JANEIRO-DE-2020-MANUTEN%C3%87%C3%83O-VALORES-2019.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adaptação ao método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica**. Nota Metodológica, 2020d. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB_adaptada.pdf Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188**, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), 2020e. Disponível em: [https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388#:~:text=Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o,-Publicado%20em%3A%2004&text=Declara%20Emerg%C3%Aancia%20em%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica,Coronav%C3%ADrus%20\(2019-nCoV\).&text=Considerando%20que%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%20demanda,Art.](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388#:~:text=Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o,-Publicado%20em%3A%2004&text=Declara%20Emerg%C3%Aancia%20em%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica,Coronav%C3%ADrus%20(2019-nCoV).&text=Considerando%20que%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%20demanda,Art.) Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29**, de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capacitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), 2020f.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-29-de-16-de-abril-de-2020-252790187> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.740**, de 10 de julho de 2020. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria n° 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), 2020g. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/07/portaria1740.pdf> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 42**, de 16 de julho de 2020. Prorroga o prazo da Portaria n° 29/SAPS/MS, de 16 de abril de 2020, para dispor sobre o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, 2020h. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-42-de-16-de-julho-de-2020-267269837> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 47**, de 28 de agosto de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria n° 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria n° 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19), 2020j. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-47-de-28-de-agosto-de-2020-274962801> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portaria n° 2.713**, de 06 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. 2020k. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/10/portaria2713.pdf> Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 59**, de 26 de outubro de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria n° 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), 2020l. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-59-de-26-de-outubro-de-2020-285017450> Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica de relatório de cadastro**, 2020m. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/nota_tecnica_relatorio_cadastro_a_te_2020.pdf Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Relatório de cadastro**. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Gerado em 10 abr. 2022a. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br> Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Painel Indicador**. 3º quadrimestre de 2020 de cadastro. Sistema de Informação em Saúde para a

Atenção Básica – SISAB. Gerado em 10 abr. 2022b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br> Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica – e-GESTOR-AB**. Repasses do PMAQ – AB para os municípios do Rio de Janeiro em 2019. Gerado em 10 abr. 2022c. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relPagamentoPmaq.xhtml;jsessionid=30NBEIEcL9+i36zgyaTYYngh> Acesso em: 10 abr. 2022.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: Machado, Cristiani Vieira *et al.* (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidade e mudanças. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 173-196.

CASTRO, A. L. B.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Financiamento da atenção básica no SUS. In: **Texto Preparatório para o Abrascão 2018**. De Alma Ata a estratégia de Saúde da Família: 30 anos de APS no SUS – Avanços, desafios e ameaças, 2018a. Disponível em: <http://www.palmeira.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/Financiamento-do-SUS.pdf> Acesso em: 15 jul. 2021.

CASTRO, A.L.B.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018b, p. 73-93.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, agosto de 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>

CHORNY, A. H. *et al.* Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M.A.D., *et al.* (Orgs.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 377 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c2hxb/pdf/uga-9788575415924.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

COSEMS-RJ. **Nova proposta de política para a atenção básica é tema de evento no COSEMS**. Site do COSEMS-RJ, 2019a. Disponível em: <[http://www.cosemsrj.org.br/nova-proposta-de-politica-para-atencao-basica-e-tema-de-evento-no-cosems/#prettyPhoto\[pp_5f6b888f62dd4\]/20/](http://www.cosemsrj.org.br/nova-proposta-de-politica-para-atencao-basica-e-tema-de-evento-no-cosems/#prettyPhoto[pp_5f6b888f62dd4]/20/)>. Acesso em: 12 jul. 2021.

COSEMS-RJ. Nota Técnica COSEMS RJ nº 02/2019. **Análise do impacto da modificação dos critérios de financiamento da Atenção Básica nos municípios do estado do Rio de Janeiro para os anos de 2020 e 2021**, 2019b. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/nota-tecnica-cosems-rj-no-02-2019/> Acesso em: 10 abr. 2021.

COSEMS-RJ. **Nota Técnica Conjunta SES/COSEMS**. Estratégias para ampliação e qualificação do cadastramento no âmbito da Atenção primária à Saúde (APS). Rio de Janeiro, março 2020a. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/wp-content/uploads/2020/03/NT-CADASTRO-SES-COSEMS-MAR%C3%87O-2020.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

COSEMS-RJ. **Nota Técnica COSEMS RJ nº 08/2020**. Alinha análises e propostas de encaminhamentos acerca do Programa Previne Brasil. Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <<http://www.cosemsrj.org.br/nota-tecnica-cosems-rj-no-08-2020/>> Acesso em: 10 abr. 2021.

Divisão Política do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:
<https://escolaeducacao.com.br/wp-content/uploads/2019/12/mapa-rio-de-janeiro-regioes.png>
 Acesso em: 25 jan. 2022.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 12 (supl), p. 1.851-1.864, novembro de 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/4593TTkQcgwLwqXZzFmZfnJ/?lang=pt> Acesso em: 10 br. 2022.

FERNANDES, F. P.; GUIMARAES, R. M.; SANTOS, L. P. R. Breve contextualização histórica da APS no município do Rio de Janeiro. In: GUIMARAES, R. M. *et al.* (Orgs.). **APS+10: Painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2022. p. 16-29.

FUNDAÇÃO CEPERJ. **Mapa com a divisão político-administrativa do estado do Rio de Janeiro**, 2019. Disponível em: <https://www.ceperj.rj.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Mapa-das-Regioes-de-Governo-e-Municipios-do-Estado-do-Rio-de-Janeiro-2019-CEPERJ.pdf> Acesso em: 25 jan. 2022.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa- tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf> Acesso em: 18 ago. 2021.

GOMES, C. B. S.; GUTIERREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol: 25, N°4, p. 1327-1337, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Atenção Básica no olho do furacão. In: AKERMAN, M *et al.* (Orgs.). **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS – Vol. II – Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 38-47.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/i/2020.v25n4/> Acesso em: 10 jun. 2020.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/i/2020.v25n4/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. Política Nacional nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2001.v6n2/269-291/> Acesso em: 20 ago. 2021.

LUCENA, D. *et al.* **Regionalização: perspectivas, desafios e possibilidades no estado do Rio de Janeiro**. Policy briefing. Instituto de Medicina Social, UERJ: Rio de Janeiro, 2020.

Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2020/09/04/policy-briefing-regionalizacao-perspectivas-desafios-e-possibilidades-no-estado-do-rio-de-janeiro/> Acesso em: 28 jan. 2022.

MASSUDA, A.; PINTO, H. A. Financiamento da Atenção Primária à Saúde brasileira: avanços, desafios e ameaças. In: AKERMAN, M *et al.* (Orgs.). **Atenção básica é o caminho!** Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS – Vol. II – Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 48-62.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento de atenção primária a saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/i/2020.v25n4/>> Acesso em: 10 jun. 2020.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. S.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139-168.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 42, n. esp., p. 224-243, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvrBmBzh4CJXdXBJDh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2021.

OFICINA PREVINE BRASIL 2021. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: INTO/MS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jpuSuqFQkvw&t=669s> Acesso em: 20 fev. 2022.

OLIVEIRA, W. K.; FRANÇA, G. V. A.; GARCIA, L. P. Como o Brasil pode deter a Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1- 8, 2020. Disponível em: SciELO – Saúde Pública – Como o Brasil pode deter a COVID-19 Como o Brasil pode deter a COVID-19 (scielosp.org) Acesso em: 27 mar. 2022.

PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. **Introdução às regras de financiamento das APS federais e estaduais: o programa Previne Brasil e o PREFAPS**. Material de apoio. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/noticias-saps/2021/03/confira-o-material-da-oficina-de-financiamento-da-atencao-primaria-da-saps> Acesso em: 28 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 1.227/87**. Aprova o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social 1988/1991 <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/90541/lei-1227-87> Acesso em: 28 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Deliberação CIB nº 26**, de 20 de outubro de 1998. Cria a Comissão da Programação Pactuada Integrada. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/292-cib-1998/outubro/33-deliberacao-cib-rj-n-0026-de-20-de-outubro-de-1998.html> Acesso em: 15 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. **Deliberação CIB-RJ n° 648**, de 05 de maio de 2009 * Republicada. Constituir os Colegiados de Gestão Regional do estado do Rio de Janeiro mencionados abaixo. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/98-2009/maio/734-deliberacao-cib-no-0648-de-05-de-maio-de-2009-republicada.html/> Acesso em: 25 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Deliberação CIB n° 753**, de 13 de novembro de 2009. Aprova nova região de saúde que menciona. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/104-2009/novembro/593-deliberacao-cib-no-0753-de-13-de-novembro-de-2009.html?highlight=Wzc1M10=> Acesso em: :28 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Deliberação CIB n° 839**, de 28 de janeiro de 2010. Aprova as Diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde no Sistema único de Saúde. Disponível em: www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/82-2010/janeiro/787-deliberacao-cib-rj-n-0839-de-28-de-janeiro-de-2010.html Acesso em: 15 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Deliberação CIB n° 1.452**, de 9 de novembro de 2011. Aprova as regiões de saúde que menciona abaixo. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/80-2011/novembro/1221-deliberacao-cib-no-1452-de-09-de-novembro-de-2011.html> Acesso em: :28 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Atualização do Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado de Saúde 2012/2013**. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA0OQ%2C%2C> Acesso em: 15 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Deliberação CIB-RJ n° 5.370**, de 14 de junho de 2018a. Pactuar a aprovação das macrorregiões de saúde no estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/579-2018-deliberacoes/junho/5926-deliberacao-cib-rj-n-5-370-de-14-de-junho-de-2019.html> Acesso em: 30 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Deliberação CIB-RJ n° 5.611**, de 06 de dezembro de 2018. Pactua Grupo de trabalho da Atenção Básica com periodicidade mensal. 2018b Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/585-2018-deliberacoes/dezembro/6229-deliberacao-cib-rj-n-5-611-de-06-de-dezembro-de-2018.html?highlight=WyJncnVwbyIsImRliwiZGVzIiwidHJhYmFsaG8iLCJncnVwbyBkZSI sImdydXBvIGRIIHRyYWJhbGhvIiwidZGUgdHJhYmFsaG8iXQ==> Acesso em: 30 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Deliberação CIB-RJ n° 5.630**, de 13 de dezembro de 2018 – Pactuar a revogação da deliberação CIB-RJ n° 5.370 de 14 de junho de 2018. 2018c Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/585-2018-deliberacoes/dezembro/6190-deliberacao-cib-rj-n-5-630-de-13-de-dezembro-de-2018.html> Acesso em: 30 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Notícias SAPS, XXXI Fórum Permanente de Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/noticias-saps/2020/01/xxxi-forum-permanente-estadual-da-atencao-primaria-a-saude> Acesso em: 10 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). CIB-RJ. **Deliberação CIB-RJ n. 6.287**, de 12 de novembro de 2020. Ratifica Nota Técnica COSEMS-RJ nº08 que alinha análises e propostas de encaminhamentos acerca do Programa Previne Brasil. 2020b Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/685-2020/novembro/6953-deliberacao-cib-rj-n-6-287-de-12-de-novembro-de-2020.html>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Estimativa de população coberta pela ESF por mês, segundo região de saúde/município**, 2017, 2018, 2019, 2020 Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?at_primaria/at_primaria_cobertura.def Acesso em: 17 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Estimativa de população coberta pela APS por mês, segundo região de saúde/município**, 2017, 2018, 2019, 2020. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?at_primaria/at_primaria_cobertura.def Acesso em: 17 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **População residente estimada para o ano de 2020**. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?populacao/pop_populacao_estimada.def Acesso em: 10 jul. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Número de equipes de saúde da família por mês, segundo região de saúde/município**, 2017, 2018, 2019, 2020. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?at_primaria/at_primaria_cobertura.def Acesso em: 17 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Valor total por ação detalhada** (capitação ponderada, incentivo financeiro da aps – desempenho, incentivo financeiro da APS – fator compensatório de transição, incentivo financeiro da APS – per capita de transição; incentivo para ações estratégicas), 2020. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?fns/fns.def> Acesso em: 20 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Deliberação CIB-RJ nº 6.475**, de 12 de agosto de 2021 – Pactua a macrorregião de saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/736-2021/agosto/7200-deliberacao-cib-rj-n-6-475-de-12-de-agosto-de-2021.html> Acesso em: 20 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de saúde. **Mapa político-administrativo com divisão por região de saúde**, 2022. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro> Acesso em: 10 abr. 2022.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ

19/11/2021 09:37

SEI/ERJ - 24800940 - Despacho de Encaminhamento de Processo



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ
Fluxo baseado na Resolução SES/RJ nº 2.361/2021
Carta em concordância com a Carta nº0212/CONEP/CNS/2010
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Área Técnica da Superintendência de Atenção Primária à Saúde da SES/RJ vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para que o/a pesquisador/a **Dayanne Silva de Lucena**, da instituição: “**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**” para realização da pesquisa intitulada “**O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro**” no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente protocolo de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispo do infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em banco de dados com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Carina Pacheco Teixeira
Superintendente de Educação em Saúde
ID. Funcional 50005839

Superintendente de Atenção Primária à Saúde
Thais Severino da Silva
ID: 5082302-7

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2021



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 17/11/2021, às 10:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thais Severino da Silva, Superintendente**, em 18/11/2021, às 16:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **24800940** e o código CRC **9CC265BB**.

Referência: Processo nº SEI-080001/025898/2021

SEI nº 24800940

Rua México, 128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142
Telefone: - www.saude.rj.gov.br

ANEXO B – ORIENTADOR DO FINANCIAMENTO FEDERAL DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA- 2018

ORIENTADOR DO FINANCIAMENTO FEDERAL DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA



Este documento é uma iniciativa da equipe de Apoio Institucional da Superintendência de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro (SAB) e tem como objetivo apoiar os gestores municipais na identificação dos principais aspectos referentes a credenciamento e implantação de equipes de Atenção Básica.

Foi realizado um compilado atualizado, contendo a regulamentação que dispõe sobre a caracterização, composição e incentivo federal das equipes de Atenção Básica. Em caso de dúvidas ou para aprofundar o debate procure sua **equipe de apoio regional da SAB**.

Equipes descritas neste orientador:

Equipe de Saúde da Família (eSF) - Modalidade II	p. 2
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	p. 2
Equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Programa Mais Médicos	p. 3
Equipe de Saúde da Família (eSF) - Modalidade I	p. 4
Equipe de Saúde Bucal (eSB) - Modalidade I	p. 5
Equipe de Saúde Bucal (eSB) - Modalidade II	p. 5
Equipes de Consultório na Rua (CnaR) – Modalidade I	p. 6
Equipes de Consultório na Rua (CnaR) – Modalidade II	p. 6
Equipes de Consultório na Rua (CnaR) – Modalidade III	p. 6
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Tipo I	p. 7
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Tipo II	p. 8
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Tipo III	p. 8
Equipe da Atenção Básica (eAB)	p. 8
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	p. 9

Para acesso rápido, clique no nome da equipe!

Equipes de Atenção Básica: Composição e Valores do Incentivo Federal (Agosto de 2018)

Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Equipe de Saúde da Família (eSF) - Modalidade II	<ul style="list-style-type: none"> Estratégia prioritária de atenção à saúde, que visa à reorganização da Atenção Básica (AB) no país, de acordo com os preceitos do SUS. População recomendada adscrita por eSF é de 2.000 a 3.500 pessoas, garantindo os princípios e diretrizes da AB. Pode haver alteração do parâmetro recomendado de acordo com as especificidades e definição local, assegurando-se a qualidade do cuidado. Para eSF, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde. 	<p>Composta no mínimo por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade); Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família); Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). <p>>> O Agente de Combate às Endemias (ACE) pode compor a equipe.</p> <p>>> É recomendada a implantação de equipe de Saúde Bucal (eSB) vinculada à eSF.</p>	<p>>> R\$ 7.130,00 por equipe, por mês.</p> <p>>> A ESF permanece como estratégia prioritária. Dessa forma, os recursos financeiros são superiores aos da equipe de Atenção Básica. A referência para o pagamento das eSF é o número de eSF registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Anexo 1 do anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>Incentivo: Sessão I do Capítulo I da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017 e Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014.</p> <p>>> Orientações sobre solicitação de credenciamento: Nota Técnica nº 405/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS.</p>
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	<ul style="list-style-type: none"> É um dos profissionais que compõe obrigatoriamente a eSF. Para eSF, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. 	<p>>> R\$ 1.014,00 por ACS a cada mês.</p> <p>>> No último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>Incentivo: Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014.</p>

Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Programa Mais Médicos	<ul style="list-style-type: none"> O Programa Mais Médicos tem, dentre as finalidades, fortalecer a prestação de serviços de AB em saúde no país e diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde. <p>Nota: Os municípios são responsáveis pela oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável aos médicos do Programa. Os valores de alimentação estão determinados entre R\$500,00 e R\$700,00, e os de moradia entre R\$500,00 e R\$2500,00.</p>	<p>Composta no mínimo por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade); Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família); Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e ACS. <p>>> O ACE pode compor a equipe.</p> <p>>> É recomendada a implantação de eSB vinculada à eSF.</p>	<p>>> Este incentivo será dividido da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> R\$ 10.482,93 pagos diretamente ao médico. R\$ 4.000,00, fundo a fundo para o município, referente a incentivo financeiro para a eSF. 	<p>Caracterização e composição das equipes: Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 e Anexo 1 do anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>Incentivo: Sessão VI do Capítulo I da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017 e Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (competência junho/2018).</p> <p>>> Para conferir sobre o pagamento da pecúnia ao médico, consultar a Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014.</p>

3

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica



Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Equipe de Saúde da Família (eSF) - Modalidade I	<p>Fazem jus ao recebimento na Modalidade I todas as eSF dos municípios, conforme as definições abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentes no Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006; Presentes no Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitando o número máximo de equipes definidos também na portaria; <ul style="list-style-type: none"> E eSF que atuam em Municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008. 	<p>Composta no mínimo por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade); Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família); Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e ACS. <p>>> O ACE pode compor a equipe.</p> <p>>> É recomendada a implantação de eSB vinculada à eSF.</p>	<p>>> R\$ 10.695,00 por mês.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006; Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008; Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008 e Anexo 1 do anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>Incentivo: Sessão I do Capítulo I da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017.</p>

4

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica



Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Equipe de Saúde Bucal (eSB) - Modalidade I	Os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma eSF ou eAB, devendo:	Composta no mínimo por: <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família) e • Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB). 	<p>>> R\$ 2.230,00 por mês.</p> <p>>> Se estiver vinculada à eSF modalidade I, o financiamento é de R\$ 3.345,00.</p> <p>>> Incentivo para implantação das eSB mod I: R\$7.000,00.</p> <p>>> A cada equipe implantada, o município receberá do MS os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Anexo 1 do anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>Incentivo: Sessão I do Capítulo I da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017.</p>
Equipe de Saúde Bucal (eSB) - Modalidade II	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe; • Ter responsabilidade sanitária pela mesma população e território adscrito que a eSF ou eAB a qual integra. 	Composta no mínimo por: <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família); • TSB e • ASB ou outro TSB. 	<p>>> R\$ 2.980,00 por mês.</p> <p>>> Se estiver vinculada à eSF modalidade I, o financiamento é de R\$ 4.470,00.</p> <p>>> Incentivo para implantação das eSB mod II: R\$7.000,00.</p> <p>>> A cada equipe implantada, o município receberá do MS os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los.</p>	<p>>> Para conferir sobre o fornecimento de equipamentos odontológicos para as eSB implantadas, consultar o Art. 676 da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017.</p>

5

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica



Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Equipes de Consultório na Rua (CnaR) – Modalidade I	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território. Realiza suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de UBS do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na AB do território, com outros serviços de saúde e a rede intersetorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. • Os demais poderão ser: enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. 	<p>>> R\$19.900,00 por mês.</p> <p>NOTA: O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da equipe de CnaR, para viabilizar o cuidado presencial para a população em situação de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Anexo XVI e XXI da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017 e Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011.</p> <p>Incentivo: Sessão XI do Capítulo I da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017 e Anexo XVI da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p>
Equipes de Consultório na Rua (CnaR) – Modalidade II	<p>NOTA: Orienta-se cumprir a carga horária mínima de 30 horas/semana, esse horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar ACS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. 	<p>>> R\$27.300,00 por mês.</p> <p>NOTA: O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da equipe de CnaR, para viabilizar o cuidado presencial para a população em situação de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.</p>	<p>>> Para conferir os critérios de elegibilidade dos municípios para implantação de CnaR consultar a Portaria nº 123, de 25 de Janeiro de 2012.</p> <p>>> Nota Técnica nº 405/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS.</p>
Equipes de Consultório na Rua (CnaR) – Modalidade III		<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de CnaR Modalidade II acrescida de um profissional médico. 	<p>>> R\$ 35.200,00 por mês.</p> <p>NOTA: O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da equipe de CnaR.</p>	

6

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica



Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Tipo I	<ul style="list-style-type: none"> Equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes da AB, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) e apoio aos profissionais das eSF e eAB. Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios. Para tanto, faz-se necessário o matriciamento e compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes. 	<p>Equipe formada por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> Soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas/semana; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas/semana. Vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) eSF e/ou eAB para populações específicas como Consultório na Rua (CnaR), eSF Ribeirinha (eSFR) e eSF Fluvial (eSFF). 	<p>>> R\$ 20.000,00 por mês.</p> <p>>> Incentivo para implantação de equipe NASF é de uma parcela extra do valor de custeio mensal.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>Incentivo: Sessão II do Capítulo I da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>>> Orientações sobre solicitação de credenciamento das equipes NASF: Nota Técnica nº 405/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS.</p>
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Tipo II	<p>Profissionais que podem compor o NASF: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária.</p>	<p>Equipe formada por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> Soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. Vinculado a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) eSF e/ou eAB para populações específicas (CnaR, eSFR e eSFF). Os municípios fazem jus ao recebimento de recursos financeiros para no máximo 1 NASF II. 	<p>>> R\$ 12.000,00 por mês.</p> <p>>> Incentivo para implantação de equipe NASF é de uma parcela extra do valor de custeio mensal.</p>	<p>>> Orientações sobre solicitação de credenciamento das equipes NASF: Nota Técnica nº 405/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS.</p>

7

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica



Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Tipo III	Segue a mesma caracterização referente aos NASF I e II.	<p>Equipe formada por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> Soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 horas/semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Vinculado a no mínimo 1 e a no máximo 2 eSF e/ou eAB, CnaR, eSFR e eSFF. Os municípios fazem jus ao recebimento de recursos financeiros para no máximo 1 NASF III. 	<p>>> R\$ 8.000,00 por mês.</p> <p>>> Incentivo para implantação de equipe NASF é de uma parcela extra do valor de custeio mensal.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017.</p> <p>Incentivo: Sessão II do Capítulo I da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017.</p>
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	<ul style="list-style-type: none"> É prevista a implantação da EACS nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da AB com vistas à implantação gradual da ESF. A atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico. 	<ul style="list-style-type: none"> Composta por ACS e enfermeiro supervisor; Cumprimento de carga horária integral de 40 horas semanais por membro da equipe; Cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas. O número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente. 	<p>>> R\$ 1.014,00 de incentivo financeiro por ACS a cada mês referente aos ACS das ESF e das EACS.</p> <p>>> No último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Anexo 1 do anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017 e Portaria 1.808, de 28 de junho de 2018.</p> <p>Incentivo: Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014.</p>

8

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica



Tipo de Equipe	Caracterização das Equipes	Profissionais que compõem a equipe	Valores dos Incentivos Federais	Regulamentação
Equipe da Atenção Básica (eAB)	<ul style="list-style-type: none"> A eSF permanece como estratégia prioritária para a organização da AB. Desta forma, as eAB podem, posteriormente, se organizar tal qual o modelo prioritário da ESF; O município não poderá substituir eSF por eAB e diminuir a cobertura da ESF municipal, pois é prioridade a manutenção e ampliação da ESF; O trabalho da eAB deve ser orientado na perspectiva de territorialização e demais requisitos da ESF. Orienta-se que a população adscrita por eAB seja de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da AB. Podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade); Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família); Auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. <p>>> Poderão agregar outros profissionais como ACS, Cirurgiões-dentistas, ASB e/ou TSB e ACE.</p> <p>NOTA: A composição da carga horária mínima por profissional deverá ser de 10 horas, com no máximo de 03 profissionais por categoria e, cada categoria profissional deverá somar, no mínimo 40 horas/semanais.</p>	<p>>> O valor do incentivo financeiro corresponderá a 30% do valor do custeio mensal das eSF modalidade II, para cada eAB credenciada e implantada - R\$2.139,00 por mês.</p> <p>>> É necessária a elaboração de um projeto para solicitação de credenciamento de equipe de AB. O modelo e o trâmite encontram-se disponíveis na Nota Técnica nº 405/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS.</p>	<p>Caracterização e composição das equipes: Anexo 1 do anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017 e Portaria 1.808, de 28 de junho de 2018.</p> <p>Incentivo: Sessão XII do Capítulo 1 da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017 e Portaria 1.808, de 28 de junho de 2018.</p>

9

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica

**IMPORTANTE!**

Para o recebimento do incentivo financeiro é necessário que os municípios possuam as equipes descritas credenciadas, cadastradas e implantadas.

Credenciadas – equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde em Portaria.

Cadastradas – equipes cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Implantadas – equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, cadastradas no SCNES e com envio regular de produção.

>> Conforme a [Nota Técnica Nº 405/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS](#) após a publicação da portaria de credenciamento das equipes, o município terá 4 meses para a implantação, sob risco de descredenciamento da equipe caso o prazo não seja cumprido.

>> Se o município tiver problemas em relação ao SCNES, em relação a cadastro de profissionais e envio da produção ou questões com órgãos de controle, a equipe pode ter o recurso suspenso. Se a irregularidade persistir por até 3 meses, a equipe pode ser descredenciada.

>> Sobre suspensão e rejeição de equipes e solicitações de crédito retroativo, consultar a [Nota Técnica Nº 404/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS](#).

Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Superintendência de Atenção Básica
Rua México, 128, 4º andar, Sala 403-g, Castelo, Rio de Janeiro / RJ – Brasil – CEP 20.031-142
Telefone: (21) 2333-3704 / 3711
www.saude.rj.gov.br - sab.sas@saude.rj.gov.br

NOTA: Informamos que este quadro será atualizado pela equipe SAB periodicamente conforme publicação de novas normativas.
Competência: 30 de agosto de 2018

10

Composição e Valores de Incentivo Federal para as equipes de Atenção Básica



ANEXO C – NOTA TÉCNICA EXPLICATIVA – RELATÓRIO DE CADASTRO



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA – SISAB
Nota Técnica Explicativa – Relatório de Cadastro**

O objetivo desta Nota Técnica Explicativa é apresentar informações básicas, regras de extração e visualização do Relatório de Cadastros por vinculação unívoca da Atenção Primária à Saúde. Está disponível no [SISAB](#) com dados públicos até nível município e na área restrita a partir do portal [e-Gestor AB](#) (acesso concedido a gestores Federais, Estaduais, Municipais, representantes CONASS e CONASEMS por meio do cadastro prévio no sistema), com nível de visualização até nível equipe.

1) Origem dos dados

Os dados disponíveis neste relatório são oriundos dos sistemas da estratégia e-SUS AB, referidos como a Aplicação utilizada pelo serviço, que podem ser do tipo: Coleta de Dados Simplificada (CDS - em modo Online ou Offline), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Android® ou por meio de Sistema Próprio utilizando a tecnologia de transporte apache THRIFT.

2) Cadastros

O cadastro do Cidadão na Atenção Primária à Saúde (APS) compõe uma das ações realizadas pelas Equipes de Saúde. Por meio dele pode-se obter o reconhecimento da população adscrita à equipe que atuam na Atenção Primária, subsidiando o planejamento dos profissionais e gestores nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos sob sua responsabilidade. Portanto, serão considerados como usuários cadastrados aqueles que foram vinculados a uma equipe de APS através de um cadastro individual completo (FCI), cadastro simplificado por meio do módulo "Cidadão" do PEC e usuários identificados a partir das Fichas de Atendimento Individual (FAI), Ficha de Visita Domiciliar (FVD) ou Ficha de Procedimento (FP).

3) Relatório de Cadastros

Este relatório será o principal subsídio técnico oficial para os gestores acompanharem os cadastros válidos considerados para o componente de capitação ponderada do novo modelo de financiamento de custeio da APS no SUS. Considerando a base de cadastros individuais registradas pelos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Primária (eAP), equipe de Consultório na Rua

(eCR), equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP).

Os cadastros vinculados são apresentados por quadrimestre para a equipe de APS que estiver ativa ao menos em uma das 4 competências de um quadrimestre avaliado. Para efeito de contabilização, os cadastros são cumulativos e/ou analisados conforme o quadro abaixo.

QUADRO 1: Modalidade de identificação de cadastros e o período considerado para contabilização dos cadastros.

Modalidades de Identificação de Cadastros	Período analisado
Cadastro Individual Completo (FCI)	A partir de 2013.
Cadastro Identificado por Atendimento Individual (FAI)	A partir de abril/2016.
Cadastro Identificado por meio do módulo "Cidadão" no PEC/E-SUS	A partir de setembro de 2019.
Cadastro identificado por Visita Domiciliar (FVD) ou Procedimento (FP)	Até 12 meses anteriores ao fechamento do quadrimestre avaliado.

O Relatório de Cadastro será disponibilizado em competências mensais para fins de acompanhamento. No entanto, reitera-se que o valor considerado para o cálculo da capitação ponderada é o dado apresentado no quadrimestre, ou seja, o componente de capitação ponderada é recalculado quadrimestralmente.

4) Critérios de Validação

As variáveis oriundas das fichas da Atenção Primária à Saúde (APS) processadas, validadas e apresentadas neste relatório são as mesmas descritas no modelo de informação CDS da estratégia e-SUS APS. Essas fichas consideram alguns campos como obrigatórios, essenciais para garantia da qualidade da informação recebida na base do Centralizador Nacional. Os critérios de validação, bem como os campos das fichas podem ser consultados no LEDI de integração, disponível na página do e-SUS ([Link](#)).

Neste relatório serão considerados cadastros de pessoas únicas identificadas corretamente, e enviadas dentro do período de recebimento de dados estabelecido pelo SISAB. São necessárias a indicação de CNS ou CPF e Data de Nascimento idêntica ao registro do CADSUS. Além disso, são realizadas validações específicas para o SISAB, sendo necessária a indicação correta de CNS e CBO válidos e

associados ao profissional que realizou o cadastro/atendimento, e a indicação do CNES e INE válidos, ativos e associados ao estabelecimento e equipe qual o profissional e usuário são vinculados. Estas informações são verificadas e validadas uma única vez, e se aprovadas contabilizarão para o custeio do componente de capitação ponderada da APS.

5) Critérios de Vinculação Unívoca

Os cadastros são vinculados à uma única equipe de referência, considerando a alocação pelo sistema do Ministério da Saúde. Caso sejam identificados mais de um cadastro para o usuário em nossa base de dados a partir das modalidades de identificação descritas acima, serão aplicadas regras de desempate para alocação do cadastro em apenas uma das equipes. As regras são aplicadas na medida que ocorrem empates em cada etapa, como descrito a seguir:

Regras de Desempate¹:

1º Na equipe que realizou mais atendimentos individuais por enfermeiro ou médico nos últimos 24 meses;
2º Na equipe que possui INE ativo e homologado pelo MS;
3º Na equipe que realizou o cadastro individual completo (FCI)
4º Na equipe com atendimento individual mais recente;
5º Na equipe com registro mais atualizado de Visita Domiciliar ou com Procedimento Realizado ¹ .

Considerando a existência de cadastros em equipes de APS que ainda não possuem portaria de homologação, caso o cidadão tenha um cadastro em uma equipe homologada e outro cadastro em uma equipe não-homologada será priorizado a vinculação do cadastro à equipe homologada para fins de financiamento.

Para efeito de vinculação por meio da Ficha de Visita Domiciliar, foram desconsideradas as fichas com desfecho "Ausente", e na hipótese de empate de fichas de Visita domiciliar ou de Procedimentos, será considerada a mais recente.

Para visualizar os cadastros não vinculados à equipe é necessário consultar o [Relatório de Cadastro Não Validado](#) no SISAB, que apresenta tanto os cadastros

¹ A quinta regra é definida somente para os cadastros identificados a partir dos registros de visita domiciliar (FVD) realizada por agente comunitário de saúde, e na ausência deste, será considerado registros de procedimentos (FP) realizados por profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico vinculados à equipe.

invalidados por dados incorretos, quanto os cadastros não vinculados por critérios de desempate apresentados nesta nota.

6) Parâmetros de cadastramento

Estabeleceu-se o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE), para fins de financiamento da APS por meio do componente da capitação ponderada (Quadro 2). Esse quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe são parâmetros construídos a partir da população IBGE, tipologia Rural-Urbana que considera a densidade demográfica, o tamanho da população e a localização em relação aos principais centros urbanos. Para conhecer qual a classificação da Tipologia de cada município consulte o site do [IBGE](#).

Quadro 2- Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe (eSF, eAP) – de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE) e carga horária.

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eSF	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por (eAP) modalidade I –20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eAP modalidade II - 30 h
1 – Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2 - Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Rural Adjacente			
4 - Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5- Rural Remoto			

Para o parâmetro por equipe (*quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe*) e parâmetro por município (*Limite de cadastro por município*) consideramos (i) a quantidade de equipes credenciadas, (ii) parâmetro por equipe e (iii) a população total do município definida pelo IBGE. Para o financiamento considera-se apenas equipes devidamente cadastradas no SCNES e homologadas pelo MS.

As equipes eCR, eAPP e eSFR não apresentam parâmetro de cadastro, portanto não serão consideradas no cálculo do parâmetro municipal, e não serão consideradas no índice semafórico da evolução dos cadastros.

Quadro 4: Exemplo referente ao parâmetro de cadastro considerando o parâmetro das equipes

Classificação do município pelo IBGE	Pop. IBGE	Nº de Equipes Credenciadas	Tipologia Equipe	Potencial de Cadastro por Equipe (Parâmetro por Equipe)	Parâmetro por município
Urbano	10.000	2	eSF	4.000	8.000
Rural Adjacente	10.000	1	EAP (30hrs)	2.063	7.563
		2	eSF	2.750	
Rural Remoto	10.000	6	eSF	2.000	12.000

Caso a quantidade de pessoas cadastradas ultrapasse o limite de parâmetro municipal, serão apresentados nos relatórios a quantidade real cadastrada pelo município. Nos casos em que as eAP apresentem mudanças na conformação da carga horária dos profissionais durante o quadrimestre, será considerada o parâmetro por equipe referente a maior carga horária informada no quadrimestre avaliado.

7) Visualização do relatório de Cadastro

7.1) Níveis de visualização (granularidade): Brasil, região, estado, município, Unidade de Saúde - CNES, Equipe- INE, CNES +INE*.

7.2) Visualização detalhada dos dados: Através do acesso restrito, apenas para o gestor municipal, é possível visualizar os dados individuais dos cidadãos com cadastros validados no Sisab. Para acessar o nível detalhado basta acessar o relatório em tela com perfil de gestor municipal, nível Equipe, Equipe + CNES, e clicar sobre o resultado quantitativo de cadastro da equipe e quadrimestre desejado.

7.4) População com critérios de ponderação: cadastros de pessoas que compõem os critérios de ponderação (Vulnerabilidade Socioeconômica e Perfil Demográfico). Considerando as regras de extração de dados acima especificados, o relatório também tem a possibilidade de identificar as pessoas cadastradas (nível indivíduo). Este relatório pode ser emitido a partir do nível de visualização Equipe - INE ou CNES+INE, apenas para gestores municipais com acesso restrito ao perfil de Gestor Municipal. Todos cadastros vinculados às equipes eCR e eAPP são automaticamente considerados ponderados por vulnerabilidade socioeconômica.

7.5) Período: Estão disponíveis cadastros registrados na base de dados do SISAB a partir da competência de abril de 2013, no entanto, para cada modalidade de identificação de cadastro será considerado um período

conforme indicado no item 3. As equipes eCR, eAPP e eSFR só apresentará a quantidade de cadastros vinculados a partir de 2021.

7.6) Identificação do Tipo de Equipe (SIGLA): Disponível a partir do nível de visualização Equipe – INE e CNES + INE, apresenta a sigla referente a tipologia de equipe do INE informado.

7.7) Parâmetro: Disponível a partir do filtro de equipes homologadas ou válidas, apresenta, de acordo com o nível de visualização, os parâmetros de cadastros da equipe, unidade, município, unidade federativa ou Distrito Federal e o resultado a nível nacional referente ao quadrimestre ou competência mais atual da seleção.

7.8) Opções de filtro:

Condição das Equipes: Neste filtro o gestor pode selecionar qual a situação das equipes. O total de cadastros é apresentado de acordo com a especificidade das equipes, existindo três possíveis opções:

- a) Considerar todas as equipes cadastradas:** apresenta o total de cadastros validados de todas as equipes eSF, eAP, eSFR, eCR e eAPP ativas e cadastradas no SCNES do município independente de ser ou não financiada pelo Ministério da Saúde.
- b) Considerar apenas Equipes Homologadas:** Apresenta o total de cadastros validados de todas as equipes eSF, eAP, eCR, eAPP e eSFR ativas credenciadas e cadastradas no SCNES do município, com códigos INE publicados pelo Ministério da Saúde em portaria de homologação para fins de transferência dos incentivos de custeio federal. Para esta opção é possível visualizar também o parâmetro de cadastro estabelecido pelo programa de financiamento de custeio da APS.
- c) Considerar somente equipes válidas no quadrimestre:** Apresenta o total de cadastros das equipes eSF, eAP, eCR, eAPP e eSFR ativas e credenciadas pelo Ministério da Saúde, cadastradas no SCNES pela gestão municipal, distrital ou estadual, homologadas pelo Ministério da Saúde e com ausência de irregularidades que justifiquem a suspensão de 100% (cem por cento) dos incentivos financeiros, estando aptas para a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Além das regras citadas, as equipes referentes aos novos credenciamentos devem estar cadastradas no SCNES e válidas para custeio a partir do segundo quadrimestre avaliado.

Exemplo: Município "A" de tipologia Urbana

O Município A, de tipologia Urbana, possui 5 equipes que atuam na APS, que podem ser observadas na imagem abaixo. A equipe 000000001 não é homologada, já as equipes com final 02, 03, 04 e 05 são homologadas, sendo que a equipe 000000005 foi recentemente credenciada e homologada. Dentre as 4 equipes homologadas, apenas as equipes com final 03 e 04 estão aptas para avaliação no quadrimestre.

	EQUIPES	CADASTRO	PARÂMETRO	Cadastro Considerado
	000000001	3000	-	-
Suspensa	000000002	2000	4000	-
Homologadas	000000003	3000	4000	3000
	000000004	3500	4000	3500
Nova	000000005	100	4000	4000

Visão todas do Município

EQUIPES	CADASTRO	PARAMETRO
000000001	3000	-
000000002	2000	4000
000000003	3000	4000
000000004	3500	4000
000000005	100	4000

Visão Homologadas

EQUIPES	CADASTRO	PARAMETRO
000000002	2000	4000
000000003	3000	4000
000000004	3500	4000
000000005	100	4000

Visão Avaliadas no Quadrimestre

EQUIPES	CADASTRO	PARAMETRO
000000003	3000	4000
000000004	3500	4000

8) Formas de visualização

Este relatório pode ser visualizado em tela ou realizado o download em formatos Excel, CSV ou ODS. No formato "visualização em tela", através dos filtros de equipes homologados e válidas, é possível acompanhar as faixas de evolução dos cadastros em relação ao parâmetro estabelecido por meio de destaque da fonte.

9) Detalhamento:

Usuários com perfil de gestor municipal no SISAB podem detalhar o relatório de cadastro quando realiza a consulta em nível de visualização "CNES+INE", basta clicar sobre os resultados gerados em tela. Será gerado um relatório detalhado com variáveis de identificação das pessoas cadastradas na equipe selecionada.

10) Base de dados para ponderações:

Para estabelecer e contabilizar as ponderações referentes aos cidadãos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) e da Previdência Social (INSS) são utilizadas as bases de dados das instituições gestoras dos referidos benefícios, que são atualizadas e disponibilizadas trimestralmente ao Ministério da Saúde. Os dados são confrontados a partir do identificador dos cidadãos (CPF) constantes na base do SISAB e do CADSUS. A idade do usuário é calculada a partir da data de nascimento cadastrada, com referência a idade no último dia do trimestre avaliado. Todos cidadãos vinculados às equipes eCR e eAPP são ponderados automaticamente.

11) Observações

Caso o usuário esteja no nível de visualização CNES ou CNES+INE é possível que o texto "UBS desativada" ou seja apresentado no campo Nome UBS, o que significa que o estabelecimento não esteve ativo na última competência do último trimestre apresentado no painel. No campo sigla, quando não identificado o subtipo de equipe, não será apresentada a sigla da equipe.

Contatos com o Departamento de Saúde da Família

Por correspondência ou ofício:
Ministério da Saúde
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde
DESF – Departamento de Saúde da família
Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária
Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Anexo. 4º Andar – Ala B Sul, Brasília-DF, CEP: 70.058-900
Correio Eletrônico: aps@saude.gov.br
Versão: setembro/2021

ANEXO D – NOTA TÉCNICA nº 5/2020-DESF/SAPS/MS

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família

NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**ASSUNTO**

Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020).

ANÁLISE

Trata-se de nota técnica para apresentação das fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previne Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O presente documento tem por objetivo qualificar os indicadores selecionados para o pagamento por desempenho, conforme previsto na Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, bem como detalhar o método de aferição e avaliação.

Cumprir destacar que monitorar e avaliar o desempenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, primordialmente, das ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária é uma das funções essenciais do Estado. O monitoramento e a avaliação se transformam em ferramentas de transparência a fim de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde. Eles também auxiliam a analisar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando, assim, a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, o monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações buscam:

- I - Definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por Município e Distrito Federal;
- II - Subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS;
- III - Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- IV - Orientar o processo de pagamento por desempenho no âmbito da gestão municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;
- V - Promover a democratização e transparência da gestão da APS e o fortalecimento da participação das pessoas, por meio da publicização de metas e resultados alcançados.

Buscando atender a essas premissas, foi definido um conjunto de indicadores que pudessem ser acompanhados de forma sistemática e cujo acesso às informações possibilitasse a avaliação dos dados agregados por equipe, tendo, portanto, prioritariamente, o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab) como principal fonte de dados. Nesse processo, foram estabelecidos 07 (sete) indicadores, já definidos na Portaria 3.222, de 10 de dezembro de 2019.

A avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no conjunto dos indicadores será consolidada em um Indicador Sintético Final (ISF), que

determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse indicador será aferido a cada 04 (quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se repetirá quadrimestralmente.

As etapas da construção do Indicador Sintético Final – ISF, serão apresentadas neste documento na seguinte ordem:

As etapas da construção do Indicador Sintético Final – ISF, serão apresentadas neste documento na seguinte ordem:

- VI - Indicadores de pagamento por desempenho;
- VII - Parâmetros, metas e pesos;
- VIII - Padronização;
- IX - Ponderação;
- X - Agregação e formação do ISF;
- XI - Fórmula de cálculo do ISF.

Indicadores do pagamento por desempenho para o ano de 2020

Os indicadores definidos para o incentivo de pagamento por desempenho para 2020 atendem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. A escolha dessas áreas considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Os indicadores selecionados atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo.

Diante dos elementos citados, optou-se por indicadores que pudessem ser calculados diretamente por meio dos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Assim, determinados indicadores rotineiramente acompanhados (normalmente tidos como “clássicos”) tiveram suas fórmulas aprimoradas, considerando a possibilidade de verificação de dados individualizados que o Sisab apresenta, e não apenas quantitativos consolidados.

Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e o cálculo do indicador sintético, medido na mesma periodicidade. O valor do incentivo financeiro do Pagamento por Desempenho para os municípios e Distrito Federal será vinculado ao desempenho obtido pelo indicador sintético final e não pelos valores individualizados pelos sete indicadores. Os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento por desempenho 2020 são os seguintes:

- **Indicador 1:** Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) 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.

Quadro 1. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, por período de aferição de medição e a granularidade.

Indicador	Aferição	Medição	Granularidade	Fonte de origem	Fonte de controle

Indicador 1	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC
Indicador 2	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC
Indicador 3	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC
Indicador 4	Quadrimestral	Últimos 36 meses	Município	SISAB	IBGE
Indicador 5	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB+SIPNI	SINASC
Indicador 6	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	PNS+IBGE
Indicador 7	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	PNS+IBGE

Apesar de serem aferidos por município para o pagamento, será apresentado no Sisab uma aferição por equipe de modo a auxiliar o gestor na tomada de decisão. Por se tratar de uma granularidade menor, será calculada uma estimativa do denominador, caso o resultado encontrado seja aquém do esperado, para evitar a subnotificação de registros pelas equipes. Este será mensurado utilizando uma estatística de fonte externa ao Sisab referente ao indicador, com a correção da expectativa de atendimento pela tipologia e população do município, que é apresentada para cada indicador no Quadro 1 acima.

Independentemente dos tipos de sistema, as regras de validação dos dados serão as mesmas para todas as entradas de dados no Sisab. Contudo, alguns indicadores apresentam regras específicas de extração para considerar se o dado compõe ou não o numerador e denominador. Essas e outras questões são sanadas mais adiante, na etapa do método de cálculo.

Parâmetros, metas e pesos

O parâmetro representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador. Os parâmetros descritos revelam o que as literaturas nacional e internacional apontam sobre os processos aferidos nos indicadores.

As metas definidas para os indicadores selecionados representam valores de referência, resultado de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e são consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS no contexto do incentivo de pagamento por desempenho e válidas para o ano de 2020.

Para cada um dos sete indicadores foram atribuídos pesos com valores de 1 ou 2, cuja soma total é igual a 10. A atribuição de pesos diferentes considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de dificuldade no atingimento das metas, que traduzem o esforço da gestão e equipes para realização das ações, programas e estratégias. O Quadro 2 apresenta os valores de parâmetros, metas e pesos para o conjunto dos indicadores.

Nesse sentido, devem ser consideradas as seguintes definições:

- Parâmetro: ponto, a partir do zero, no qual um indicador atinge até 100% do seu valor de referência;
- Peso: fator de multiplicação de cada indicador na composição da nota final;
- Indicador Sintético Final: Indicador síntese do desempenho das equipes que variará de (0) zero a (10) dez, sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros, e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador, definidos em conformidade com o esforço necessário para seu alcance.

Quadro 2. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, com peso e parâmetro.

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta 2020	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
Saúde da	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1

mulher				
Saúde da criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2
Doenças crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

Pontuação dos indicadores

As notas serão atribuídas individualmente para cada indicador de maneira linear e variando de zero a dez, considerando o resultado obtido entre o menor valor possível (normalmente zero) e a meta atribuída para aquele 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 50% da meta proposta). Ainda, caso o valor atribuído for maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0. As metas podem ser verificadas no Quadro 2. Adicionalmente, no painel de indicadores exibidos no Sisab, os resultados serão estratificados por faixa apenas para facilitar a visualização por padrão de cores, sem qualquer interferência na atribuição linear da nota.

Ponderação

Uma vez atribuída a nota ao indicador, essa será ponderada conforme o peso descrito no Quadro 2. A multiplicação da nota com o peso resultará na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI).

Indicador Sintético Final

A última etapa consiste na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação é realizada somando as NPI de todos os indicadores e dividindo por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho do município.

Financiamento

O valor do incentivo financeiro do Componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil será calculado para cada município e Distrito Federal multiplicando o resultado do ISF pelo valor máximo do incentivo do Pagamento por Desempenho por equipe e pelo quantitativo de equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) no quadrimestre avaliado.

O valor do referido incentivo será transferido mensalmente, e a apuração dos indicadores será recalculada quadrimestralmente (janeiro-abril, maio-agosto, setembro-dezembro) e simultaneamente para todos os municípios e Distrito Federal. Assim, o pagamento mensal por desempenho de cada quadrimestre estará vinculado ao resultado obtido pelo município e pelo Distrito Federal no quadrimestre anterior.

O valor máximo do incentivo do Pagamento por Desempenho por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Primária será estabelecido em portaria específica do Ministério da Saúde. Haverá suspensão de 100% (cem por cento) da transferência de pagamento por desempenho por equipe nos casos de irregularidade em que haja verificação de ocorrência de fraude ou informação irregular de cumprimento de metas e indicadores.

Além disso, nos casos de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a um novo credenciamento, o incentivo financeiro do pagamento por desempenho será transferido ao município ou Distrito Federal mensalmente até o 2º (segundo) recálculo subsequente considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por eSF e eAP. Somente a partir do 2º recálculo subsequente, essas novas equipes serão consideradas para cálculo do ISF.

Anexo

Fichas de Qualificação dos Indicadores

Apresentam-se, abaixo, as fichas de qualificação dos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, 2020:

Indicador 1	
TÍTULO	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, 6 atendimentos sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 20ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes estimadas do município. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento correto em relação a quantidade de gestantes estimadas que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; Incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=80%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ gestantes com 6 consultas pré - natal, com 1}^{\circ} \text{ até 20 semanas de gestação}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$ <p style="text-align: center;"><i>*O denominador será o que apresentar o maior valor</i></p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe com pelo menos 6 atendimentos onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente), sendo que a primeira consulta realizada possui uma diferença de no máximo 20 semanas da data da DUM registrada no atendimento.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.</p>
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção

	populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde há maior necessidade de atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 2	
TÍTULO	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada e teste rápido realizado. Em relação ao total de gestantes estimadas do município. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.
USO (Para que fim?)	Avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar a realização dos exames de sífilis e HIV visando triar gestantes com essas patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=95%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SIFILIS}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$ <p style="text-align: center;">¹ O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe que tiveram um atendimento individual Exame avaliado com exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizou o procedimento de teste rápido para Sífilis e avaliou o exame de Sorologia de HIV ou realizou o procedimento de teste rápido para HIV (é aceito a marcação do campo rápido ou o SIGTAP correspondente em ambos os casos)</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado : O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na</p>

	tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou 2- Informado : Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ter realizado o exame por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 3	
TÍTULO	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no curso do pré-natal na APS. Compreende o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; Avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{gestantes com pré - natal na APS e atendimento odontológico}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$ <p style="text-align: center;"><i>*O denominador será o que apresentar o maior valor</i></p>
MÉTODO DE	Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas,

CÁLCULO	Identificadas e que realizaram uma consulta de pré-natal e um atendimento odontológico individual, ambos na APS. Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: 1-Estimado : O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Paineis de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou 2-Informado : Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ter realizado o exame por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 4	
TÍTULO	Cobertura de exame citopatológico
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram 1 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município. Para a mensuração correta da quantidade de mulheres e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando a projeção da população sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
USO (Para que fim?)	Avaliar a adequação do acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero. Expressa a realização de um exame a cada três anos, segundo as Diretrizes Nacionais. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Projeção populacional 2020 – IBGE
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=80%
META	40%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Projeção de mulheres de 25 a 64 anos ou } N^{\circ} \text{ mulheres de 25 a 64 anos cadastradas} \right)^1}$ <p style="text-align: center;">¹O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe com idade entre 25 a 64 anos no quadrimestre analisado, que realizaram um

	<p>procedimento de Coleta de citopatológico de colo uterino em até 3 anos (podendo ser marcação de campo rápido ou SIGTAP correspondente).</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: A projeção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos do município estimada pelo IBGE para o ano corrente, corrigido pela população coberta pelas equipes APS do município dividido pela população IBGE, ou</p> <p>2- Informado : Quantidade de mulheres com idade entre 25 a 64 anos cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período analisado.</p>
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 3 anos
LIMITAÇÕES	A cobertura deste indicador se refere à população que faz o exame citopatológico na APS. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de mulheres cadastradas pela equipe/município supera a quantidade projetada de mulheres no ano para o município pelo IBGE é utilizado o número de mulheres cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 5	
TÍTULO	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	<p>O objetivo desse indicador é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis selecionadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, em relação a quantidade de crianças que o município possui. Para a mensuração correta da quantidade de crianças e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.</p> <p>O número de doses necessárias e os intervalos recomendados entre as doses, para cada tipo de vacina, constam de normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para as vacinas de poliomielite (VIP) e pentavalente a faixa etária utilizada para o cálculo do indicador será menores de 1 ano.</p>
USO	<p>Avaliar o acesso às ações de imunização;</p> <p>Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização.</p> <p>Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS;</p>
FONTE	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=95%
META	>=95%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ de } 3^{\circ} \text{ doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ crianças cadastradas} \right)^1}$ <p style="text-align: center;"><small>¹O denominador será o que apresentar o maior valor</small></p>

MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Considera-se o menor número de doses aplicadas entre a 3ª doses de pólio ou 3ª dose de pentavalente em menores de 1 ano</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Paineis de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de crianças menores de 1 ano cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período.</p>
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	O numerador não traduz a aplicação de ambas as 3ª doses na mesma criança. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de crianças que deveriam ter tomado a vacina por cada município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de crianças cadastradas pelo município supera a quantidade estimada de crianças é utilizado o número de crianças cadastradas. O indicador somente será apresentado na granulação município, devido ao formato mensurado pelo SISPNI

Indicador 6	
TÍTULO	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada de hipertensos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
USO	Avaliar se a aferição de PA em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas ao controle da PA desses usuários; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ hipertensos com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS ou } N^{\circ} \text{ hipertensos identificados})^{\dagger}}$ <p style="text-align: center;">[†] O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a hipertensão (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente) e teve a realização do

	<p>procedimento de Pressão Arterial (pelo SIGTAP correspondente) uma vez a cada 6 meses dentro de 1 ano.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: A porcentagem de hipertensos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Paineis de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de hipertensos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.</p>
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	A porcentagem de diagnosticados com hipertensão só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para o parâmetro de cadastro do município. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de hipertensos cadastrados pela equipe/município supera a quantidade estimada de hipertensos por meio da PNS é utilizado o número de hipertensos cadastrados. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 7	
TÍTULO	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	Mede a proporção de pessoas com Diabetes que são consultadas pelas equipes de APS e possuem exame de hemoglobina glicada solicitado pelo menos uma vez no ano, em relação a quantidade estimada de diabéticos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. A medição da hemoglobina glicada pela equipe de APS pressupõe uma avaliação sobre o resultado do tratamento para cada pessoa.
USO	Avaliar se a solicitação do exame de hemoglobina glicada, pelo menos uma vez ao ano, em pessoas com diabetes está incorporada na rotina de atendimento das equipes; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com Diabetes na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS ou } N^{\circ} \text{ diabéticos identificados})^{\frac{1}{2}}}$ <p style="text-align: center;">¹O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a diabetes com a solicitação de Hemoglobina Glicada no intervalo de 12 meses (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/SIGTAP correspondente).

	<p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: A porcentagem de diabéticos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Paine de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de diabéticos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.</p>
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	A porcentagem de diagnosticados com diabetes só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para a parâmetro de cadastro do município/tipologia. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.
OBSERVAÇÕES	Para fins de financiamento o indicador será calculado por quadrimestre; Quando o número de diabéticos cadastradas pela equipe/município supera a quantidade estimada de diabéticos pela PNS é utilizado o número de diabéticos cadastrados. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Alexandre Pedebôs, Coordenador(a)-Geral de Informação da Atenção Primária**, em 29/01/2020, às 19:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Otávio Pereira D Avila, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 30/01/2020, às 11:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erno Harzheim, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 31/01/2020, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013327270** e o código CRC **34BF367A**.