

Estado da publicação: O preprint foi publicado em outro meio.

DOI do preprint publicado: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v48.n4.a4316>

Variações no Financiamento da Atenção Primária à Saúde na Bahia: Uma análise sobre o Programa Previne Brasil

Júlio César Rabêlo Alves, Clara Aleida Prada Sanabria

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8343>

Submetido em: 2024-03-26

Postado em: 2024-03-28 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Variações no Financiamento da Atenção Primária à Saúde na Bahia: Uma análise sobre o Programa Previne Brasil

Variations in the Financing of Primary Health Care in Bahia: An analysis of the Previne Brasil Program

Júlio César Rabêlo Alves (<https://orcid.org/0000-0002-4067-0215>)

Clara Aleida Prada Sanabria (<https://orcid.org/0000-0002-4686-2197>)

RESUMO

O Programa Previne Brasil foi criado como um novo modelo de financiamento da Atenção Básica. É um método misto que envolve a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para as ações estratégicas. Este estudo tem o objetivo identificar e analisar as variações dos repasses financeiros na Atenção Primária à Saúde, impostas pelo Programa Previne Brasil, em municípios selecionados da Bahia. Trata-se de um estudo de caso com uma abordagem quantitativa, dividida em três etapas: a) seleção de três municípios com as melhores e três municípios com as piores médias do Indicador Sintético Final, entre 2020 e 2022, de cada Núcleo Regional de Saúde da Bahia; b) foi elaborado um banco de dados com os repasses financeiros desses municípios selecionados, entre os anos de 2017 a 2022; c) análise das perdas e ganhos financeiros. Os resultados evidenciaram que o Programa Previne Brasil surgiu com uma difícil operacionalização, demandando que fossem publicadas portarias de flexibilizações para amenizar seus efeitos negativos. Na Bahia, os municípios com menor população conseguiram melhores resultados nos indicadores de desempenho e as cidades com uma alta cobertura da Estratégia de Saúde da Família ampliaram seus orçamentos. Em suma, houve aumento no repasse financeiro para a maioria dos municípios baianos, mas o Previne Brasil não foi resolutivo no problema histórico do subfinanciamento. Portanto, é necessário rever o Programa de financiamento da Atenção Primária à Saúde e aumentar sua proporção de recursos em relação à média e alta complexidade.

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

ABSTRACT

The Previne Brasil Program was created as a new financing model for Primary Care. It is a mixed method that involves weighted funding, payment for performance and incentives for strategic actions. This study aims to identify and analyze variations in financial transfers in Primary Health Care, imposed by the Previne Brasil Program, in selected municipalities in Bahia. This is a case study with a quantitative approach, divided into three stages: a) selection of three municipalities with the best and three municipalities with the worst averages of the Final Synthetic Indicator, between 2020 and 2022, from each Regional Health Center from Bahia; b) a database was created with the financial transfers of these selected municipalities, between the years 2017 and 2022; c) analysis of financial losses and gains. The results showed that the Previne Brasil Program emerged with difficult operationalization, requiring the publication of flexible ordinances to mitigate its negative effects. In Bahia, municipalities with a smaller population achieved better results in performance indicators and cities with high coverage of the Family Health Strategy expanded their budgets. In short, there was an increase in financial transfers to most municipalities in Bahia, but Previne Brasil was not able to solve the historical problem of underfunding. Therefore, it is necessary to review the Primary Health Care financing program and increase its proportion of resources in relation to medium and high complexity.

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

1. INTRODUÇÃO

A Portaria 2.979¹ criou o Programa Previne Brasil (PPB) que modificou o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir do ano de 2020, constituindo um modelo misto que inclui: 1) captação ponderada; 2) pagamento por desempenho; e, 3) incentivo para as ações estratégicas. Para amenizar o efeito financeiro para a APS dos municípios que apresentaram decréscimo dos valores em comparação à competência financeira do ano de 2019, foi criado um incentivo financeiro *per capita* no valor de R\$ 5,95 anual, multiplicado pela estimativa populacional municipal².

Antes da sua implementação, o cálculo era baseado pelo Piso da Atenção Básica (PAB) que vigorou desde a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, com repasses de recursos federais fixos e variáveis³. O PAB variável era relativo aos indicadores de desempenho e estava atrelado ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) desde 2011⁴.

Já com o Previne Brasil, por meio do componente de pagamento por desempenho como um dos fatores determinantes para o financiamento da APS, passaram a vigorar 7 (sete) indicadores que se resume em um chamado Indicador Sintético Final (ISF)¹. Segundo a Nota Técnica nº 12/2022⁵, o ISF é o resultado da soma de todas as notas individuais dos indicadores, que varia entre 0 (mínimo) e 10 (máximo), dividido por 10 (que é a soma de todos os pesos de cada indicador), sendo divulgado quadrimestralmente (Q1: jan.-abr.; Q2: maio-ago.; Q3: set.-dez.) e com repercussão financeira para os próximos quatro meses. Estes dados encontram-se detalhados no Sistema de Informação e Saúde para a Atenção Básica – SISAB e no Painel de Indicadores da APS⁶⁻⁷.

Morosini et al.³ afirmam que esse Programa traz mudanças radicais com o fim do financiamento universal da Atenção Básica (AB), agravando a ruptura com o princípio da universalidade, admitindo que parte da população não será atendida na APS, focalizada nos segmentos mais pobres da população. Então, o financiamento da APS deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios⁸, isto favorece a focalização da assistência em detrimento da universalização do acesso⁹.

Ademais, Morosini et al.³ explicam que a AB no Brasil é fundamental para o fortalecimento do SUS e, historicamente, sempre houve um embate sobre o seu financiamento, muitas vezes, insuficiente, mas que, ainda assim, proporcionava resultados significativos,

confrontando o modelo hospitalocêntrico e na superação do modelo biomédico. Outrossim, Mendes et al.¹⁰ afirmam que as ações defendidas para a inserção deste novo programa simulam o ganho de mais recursos financeiros, porém, é difícil sua operacionalização. Além disso, embora contemple possibilidades de alocação de recursos para municípios com maiores necessidades, não contempla de modo satisfatório a diversidade de situações existentes¹¹.

Logo, a manutenção do PAB fixo representava a garantia da continuidade dos recursos para a organização da Atenção Básica. As desigualdades sociais, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um modelo que considere as dificuldades e vulnerabilidades existentes, orientando-se pela equidade³.

Com esses contextos narrados é possível perceber a complexidade histórica que perpassa sobre o financiamento para a saúde pública, sobretudo na destinação dos recursos para a APS. Portanto, justifica-se esta pesquisa pela inserção recente do PPB, gerando uma série de debates, e a ausência de um aprofundamento nas pesquisas acerca do seu efeito financeiro nos municípios do estado da Bahia. Então, esta pesquisa tem o objetivo de identificar e analisar as variações dos repasses financeiros na APS, impostas pelo Programa Previne Brasil, em municípios selecionados da Bahia.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, com uma abordagem quantitativa, sobre o financiamento da APS baseado no Programa Previne Brasil, nos municípios do Estado da Bahia. Este estudo foi dividido em três etapas, na primeira foi feita uma análise do Indicador Sintético Final das cidades baianas. Assim, foi elaborado um banco de dados com o valor do ISF para os nove quadrimestres, que correspondem ao período entre 2020 a 2022 (os três primeiros anos completos da vigência do PPB), de todos os municípios da Bahia. Posteriormente, foi calculada a média deste indicador, na qual montou-se uma tabela para os municípios com as três melhores e outra com as três piores médias do ISF de cada NRS da Bahia. Por fim, foi inserido o quantitativo do número de habitantes e a porcentagem da cobertura da APS para caracterizar as cidades e aprimorar a análise dos resultados.

Em seguida, na segunda etapa, foi elaborado um banco de dados com os repasses financeiros feitos aos municípios selecionados na etapa anterior e divulgados pelo Fundo Nacional de Saúde¹², entre os anos de 2017 e 2019 (três últimos anos que vigorou o PAB fixo e variável do Bloco da Atenção Básica) e também entre os anos de 2020 e 2022 (a partir do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo Atenção Primária) já com a vigência do Previne Brasil. Estes dados foram pesquisados no site do Fundo Nacional de Saúde, através do link: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html. Por fim, na terceira etapa, foram feitas as interpretações dos resultados anteriores analisando as perdas e ganhos financeiros, na comparação entre os períodos estabelecidos, entre os municípios selecionados por NRS.

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

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

A escolha pelo estado baiano foi baseada na amplitude do seu território, com uma diversidade de municípios e características, oferecendo uma credibilidade para a pesquisa e comparabilidade entre os selecionados. A Bahia que tem mais de 70% dos municípios com menos de 50 mil habitantes e é dividido em 28 regiões se aglutinando em 09 Núcleos Regionais de Saúde, são eles: Norte; Nordeste; Leste; Sul; Extremo Sul; Sudoeste; Oeste; Centro-Norte e Centro-Leste¹². Até o final de 2022 a Bahia tinha 78,47% de cobertura da APS, com 4.119 Equipes de Saúde da Família¹³.

Em relação ao financiamento da saúde no território baiano, no ano de 2021, cerca de 7,6 bilhões de reais foram aplicados pela Secretaria Estadual de Saúde, representando 15,7% do orçamento total do estado, e deste valor apenas 7 milhões (menos de 1%) foram direcionados para ações da Atenção Básica, em comparação aos 1,5 bilhão (aproximadamente 20%) para a média e alta complexidade¹⁴. Dessa forma, dos cerca de 2,7 bilhões aplicados na APS do estado

da Bahia em 2021, 99,9% foram provenientes dos recursos municipais. Já em 2022, o financiamento para a Atenção Primária cresceu 10%, saltando para a casa dos 3 bilhões de reais, e a participação dos recursos estaduais teve um decréscimo de 21%, caindo de 7 milhões em 2021 para, aproximadamente, 5,5 milhões em 2022¹².

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como foi explicado na metodologia, a partir da análise da média do ISF, foram selecionados os 54 municípios baianos que representam as três cidades com as piores (Tabela 1) e as três cidades com as melhores (Tabela 2) médias do Indicador Sintético Final de cada um dos nove NRS da Bahia. Este cálculo foi baseado nos valores do Indicador Sintético Final dos quadrimestres de 2020 a 2022.

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

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

Norte	ARAMARI	3,12	11,5	86,58
	UAUÁ	3,94	24	99,7
	JUAZEIRO	3,87	219,5	90,3
	CASA NOVA	2,96	73,1	76,23
Oeste	COCOS	4,46	18,8	85,36
	PARATINGA	4,44	32,3	90,77
	BREJOLÂNDIA	3,92	10,7	84,63
Sudoeste	IGUAÍ	4,3	27	63,45
	BOQUIRA	4,26	21,5	75,1
	CARINHANHA	3,94	29,1	79,42
Sul	DÁRIO MEIRA	3,64	10,3	86,25
	ITAJU DO COLÔNIA	3,12	6,5	77
	ILHÉUS	1,89	157,6	55,04

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil⁵⁻⁶⁻¹⁷.

TABELA 2 – Municípios com as três melhores médias do ISF, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre 2020 e 2022.

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

Norte	SÍTIO DO QUINTO	7,73	9,4	100
	NOVA SOURE	6,92	27	98,27
	ABARÉ	8,4	20,5	87,49
	FILADÉLFIA	7,7	16,3	100
	ITIÚBA	7,69	36,1	97,38
Oeste	CORIBE	7,65	14,1	100
	BOM JESUS DA LAPA	7,44	70,5	100
	JABORANDI	6,89	8,2	100
Sudoeste	PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	9,26	12	100
	CORDEIROS	8,32	8,7	100
	ÉRICO CARDOSO	8,15	10,5	100
Sul	ALMADINA	8,14	5,3	100
	BARRA DO ROCHA	7,44	5,5	100
	PAU BRASIL	7,39	9,6	89,63

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil⁵⁻⁶⁻¹⁷.

Em relação ao ISF, os três municípios do estado com os piores desempenhos são: Ilhéus (Sul), Madre de Deus e Salvador (as duas do NRS Leste). Já as três cidades que tiveram os melhores desempenhos foram: Presidente Jânio Quadros (Sudoeste), Uibaí (Centro-Norte) e Abaré (Norte). Na análise por NRS, destaca-se o Centro-Norte com quatro cidades com 100% de cobertura, dentre os seus seis municípios selecionados. Ademais, das nove Regiões da Bahia, a Leste detém o maior número de habitantes, a Oeste a maior área territorial e a Sudoeste o maior número de municípios¹³.

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

Ainda sobre a análise populacional, vinte e três cidades têm 15 mil habitantes ou menos, e dezesseis delas estão com a média do ISF alta nos seus Núcleos Regionais de Saúde. Portanto, esses dados nos fazem perceber que os municípios com menor população são os que mais se

destacam nos alcances dos melhores resultados dos indicadores, e as cidades com o número maior de habitantes têm mais dificuldades em alcançar um ISF alto.

Ademais, dos vinte e sete municípios selecionados com as melhores médias do ISF, vinte e um deles (cerca de 78%) tiveram 100% de cobertura da APS e as outras seis cidades estavam com cobertura superior a 85%. Entre as piores médias dos indicadores, apenas dois municípios, Central e Serra Petra, alcançaram a máxima cobertura. Ou seja, no total vinte e três cidades conseguiram 100% de cobertura da APS, sendo que vinte e duas delas têm menos de 30 mil habitantes, e o único município com 100% de cobertura da APS e com a quantidade alta de habitantes é Bom Jesus da Lapa, com 70,5 mil munícipes. Podemos concluir que a melhoria do ISF é influenciada por melhores coberturas da APS, porém 100% de cobertura não garante bons desempenhos no ISF.

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

Outrossim, Sellera¹⁵ evidenciou que 76,1% dos municípios brasileiros tiveram crescimento no número de cadastrados entre o final de 2019 e final de 2021. Através do seu estudo o autor comprovou que o incentivo da captação ponderada, através do PPB, influenciou o aumento da cobertura na APS. Entretanto, isso não significa uma relação direta com o alcance das metas dos indicadores de desempenho.

Então, inicialmente foi feita uma análise da seleção das três cidades com as melhores e das três cidades com as piores médias do ISF por cada NRS da Bahia, nos três primeiros anos completos da vigência do PPB, correlacionando com o quantitativo populacional de cada município e a porcentagem da sua cobertura da APS. Em seguida, foram incluídos os repasses financeiros, entre os anos de 2017 e 2022, de todos os 54 municípios selecionados, demonstrados na Tabela 3.

TABELA 3 – Repasses financeiros para a APS dos municípios selecionados, por Núcleos Regionais de Saúde da Bahia, entre os anos 2017-2022.

Cidades	2017*	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*
NRS 1- NORTE						
ABARÉ	2,94	3,98	5,54	3,81	4,79	5,3
FILADÉLFIA	3,15	3,63	5,77	3,37	5,77	5,56
ITIÚBA	3,79	5,01	5,32	5,81	8,19	8,39
UAUÁ	2,6	4,06	5,13	4,62	6,55	7,88
JUAZEIRO	20,38	24,75	37,33	31,36	28,15	37,91
CASA NOVA	5,76	11,66	10,07	8,35	8,04	9,01
NRS 2- NORDESTE						
RIBEIRA DO AMPARO	1,96	3,37	3,06	2,58	3,15	4,2
SÍTIO DO QUINTO	1,9	2,11	2,72	1,93	3,09	3,41
NOVA SOURE	2,49	3,68	4,52	4,83	6,33	6
ENTRE RIOS	3,79	4,5	5,9	5,9	9,38	8,85
OLINDINA	2,38	4,08	3,01	3,3	5,77	5,55
ARAMARI	1,6	2,4	2,05	2,06	4,04	3,31
NRS 3- LESTE						
ITATIM	2,95	4,51	5,27	3,09	5,73	5,49
JQUIRIÇÁ	1,45	1,94	3,48	3,61	4,76	4,5
CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	2,7	3,78	5,29	4,6	7,7	7,17
SANTO AMARO	5,23	7,3	8,76	7,7	7,68	10,89
SALVADOR	105,07	128,34	135,44	151,72	178,81	219,67
MADRE DE DEUS	1,65	2,5	2,93	2,92	3,41	2,54
NRS 4- SUL						
ALMADINA	1,26	1,42	1,86	1,62	2,3	1,93
BARRA DO ROCHA	0,79	1,57	1,25	2,42	2,12	2,47
PAU BRASIL	1,49	2,16	2,1	1,76	2,97	2,58
DÁRIO MEIRA	1,47	2,93	2,71	2,04	3,12	3,3
ITAJU DO COLÔNIA	0,95	1,4	1,64	1,34	2,4	2,25
ILHÉUS	10,7	16,19	16,84	12,27	22,27	17,75
NRS 5- EXTREMO SUL						
CARAVELAS	2,88	4,02	7,02	4,49	8,85	8,35

MUCURI	5,64	6,76	7,69	8,98	9,53	13,47
IBIRAPUÃ	1,1	1,95	1,53	2,15	2,76	3,83
ITAMARAJU	5,83	7	9,01	8,18	8,33	10,89
ITAPEBI	1,64	2,56	3,06	3,17	2,28	3,57
BELMONTE	2,61	3,45	5,64	3,61	4,25	3,82
NRS 6- SUDOESTE						
PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	2,88	3,62	3,96	4,9	4,08	4,89
CORDEIROS	1,78	2,65	2,18	3,21	3,11	3,56
ÉRICO CARDOSO	1,84	1,91	2,49	2,33	3,27	5,24
IGUAÍ	3,11	3,92	5,45	4,51	7,69	7,53
BOQUIRA	2,33	3	3,07	3,21	3,38	4,48
CARINHANHA	3	5,82	3,86	3,74	4,04	4,6
NRS 7- OESTE						
CORIBE	2,98	3,64	4,12	3,91	5,52	6,89
BOM JESUS DA LAPA	9,22	12,88	18,92	12,3	15,92	26
JABORANDI	1,81	2,8	3,25	2,06	3,47	2,78
COCOS	2,34	3,04	3,73	4,19	5	6,53
PARATINGA	2,87	4,45	5,36	6,36	7,34	9,13
BREJOLÂNDIA	1,64	3,64	3,02	2,11	3,12	2,12
NRS 8- CENTRO-NORTE						
UIBAÍ	2,7	3,52	3,34	3,29	5,87	5,87
AMÉRICA DOURADA	1,98	2,6	3,26	3,41	5,95	5,6
PRESIDENTE DUTRA	2,45	4,87	3,59	3,15	5,04	6,25
UMBURANAS	1,73	2,51	4,02	3,38	4,72	4,61
CENTRAL	1,41	3,87	2,16	3,12	4	5,32
IBITITÁ	2,22	3,78	4,44	4,17	5,68	4,97
NRS 9- CENTRO-LESTE						
TEODORO SAMPAIO	1,42	1,93	2,05	1,86	2,83	2,56
NORDESTINA	2,13	2,45	3	2,73	4,45	4,12
IAÇU	4,37	7,21	8	5,56	8,36	9,69
SERRA PRETA	2,5	4	3,31	2,85	3,82	7,06
FEIRA DE SANTANA	41,91	52,17	50,48	54,05	54,69	63,3

IPIRÁ	5,05	5,69	7,46	6,53	11,04	13,5
--------------	------	------	------	------	-------	------

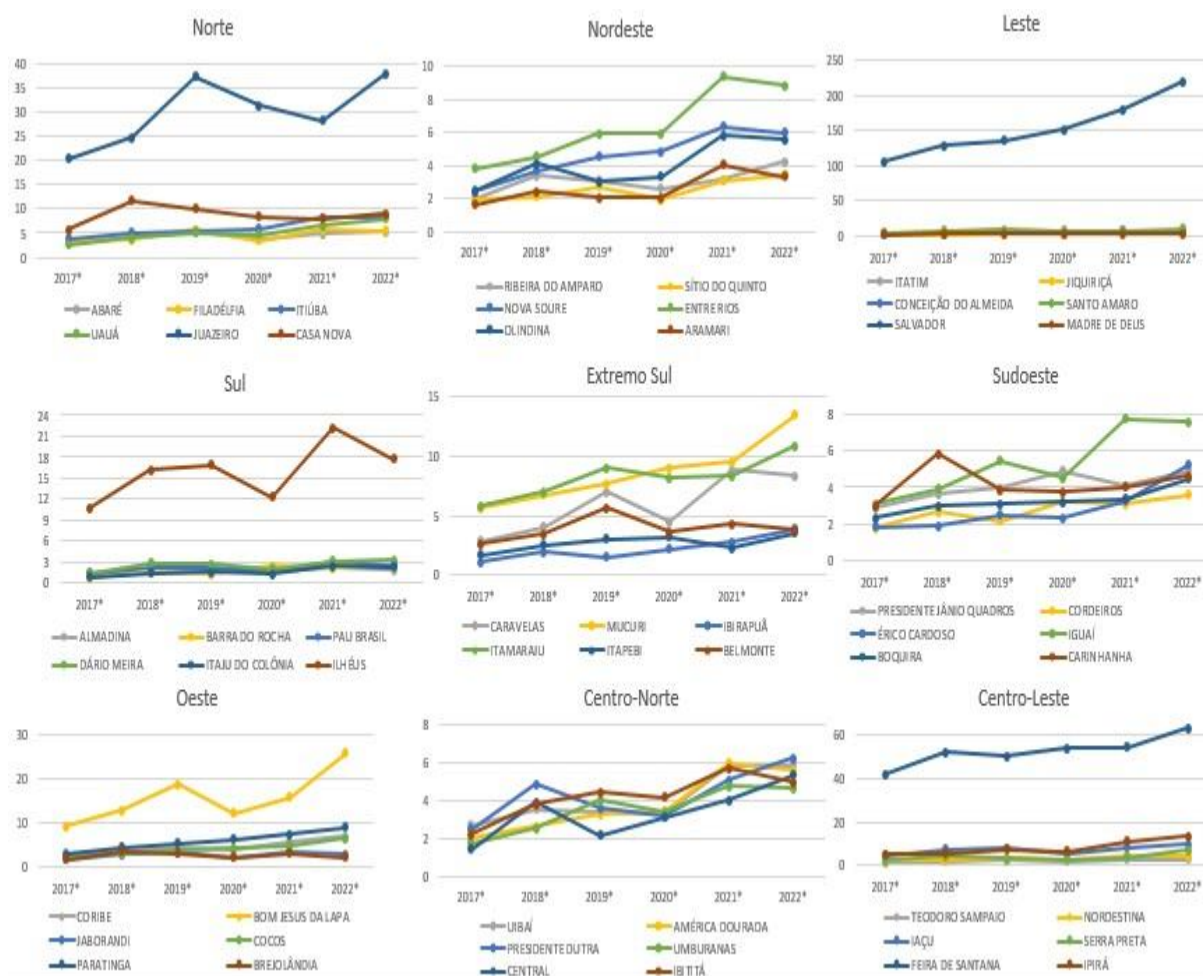
*valores em milhão(ões) de reais.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil¹¹.

Os resultados demonstram que dos 54 municípios selecionados, 64% (35 cidades) tiveram perda de recursos financeiros entre 2019 e 2020, o último ano antes do PPB e o primeiro ano de sua implementação, respectivamente. Apenas o município de Entre Rios manteve-se com a mesma aplicação financeira nesse período, com 5,9 milhões nos dois anos. Já na comparação entre 2019 e 2022, quarenta e sete cidades (87%) aumentaram os recursos financeiros na APS. Ou seja, o impacto financeiro foi grande no primeiro ano do PPB, mas depois os municípios conseguiram aumentar o montante dos recursos financeiros recebidos para a APS. A flexibilização do programa através de publicações de portarias para amenizar e amortecer os prejuízos contribuíram para esse processo.

Em relação à análise por Região de Saúde, nenhum dos Núcleos teve mais do que 50% dos municípios com bons desempenhos em relação às variações financeiras entre os anos 2019 e 2020, sendo os NRS do Sul e do Centro-Leste os mais impactados, com apenas uma cidade de cada obtendo ganhos de recursos, são elas: Barra do Rocha e Feira de Santana, respectivamente. Já na comparação entre os anos de 2019 e 2022 tanto os municípios com os piores como os municípios com os melhores desempenhos de cinco Núcleos Regionais de Saúde aumentaram as finanças para a APS, as regiões são: Nordeste, Sul, Sudoeste, Centro-Norte e Centro-Leste. Entretanto, o NRS Norte teve o pior desempenho financeiro, com metade das cidades selecionadas perdendo recursos nesse mesmo período. Esse fato constata que o PPB trouxe uma variação financeira positiva para a maioria dos NRS da Bahia, em comparação ao antigo PAB fixo e variável, mas que ainda provoca instabilidade financeira para alguns municípios (conforme Gráfico 1).

GRÁFICO 1 – Variações financeiras da APS dos municípios selecionados por NRS da Bahia, entre os anos 2017-2022.



Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil¹¹.

*valores em milhões de reais

Nesse contexto, os repasses para o financiamento da APS na Bahia passaram de 2,15 bilhões de reais em 2019 para 2,05 bilhões em 2020, tendo uma queda de 5%, contrastando com o aumento dos anos anteriores, que foi de 1,4 bilhões em 2017 e 2 bilhões em 2018. Já em 2021 esta cifra saltou para 2,7 bilhões, tendo um aumento de cerca de 26% em relação ao ano anterior, e em 2022 foi para 3 bilhões, o que representa um incremento de 10% em comparação a 2021¹². Logo, o resultado dessa perda de recurso em 2020 fez despertar ações por parte dos gestores municipais, no sentido de aumentar o número de cadastros e melhorar os indicadores, com a perspectiva de alcançar uma melhor arrecadação para a APS. Aliado a isso, foi publicada a Portaria 166² com regras de incentivos financeiros para amenizar os impactos desses recursos na Atenção Básica.

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

Outrossim, os repasses financeiros para a APS, em 2020, eram feitos em dois blocos: o de “Manutenção das Ações e Serviços de Saúde”, para os custeios das despesas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, prestação dos serviços e para as atividades administrativas, o que representava o bloco com a maior dotação orçamentária; e uma verba muito mais baixa para a “Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde”, que seriam os investimentos de ampliação, melhorias e construções das USF¹⁶. Então, a partir de 2021, os maiores repasses financeiros ficaram concentrados no bloco de Manutenção, composto pela captação ponderada, que representava a maior parte do orçamento, seguido das transferências para o pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde, para as ações estratégicas e para os indicadores de desempenho¹².

Logo, em meio às críticas e a flexibilização do PPB, este programa trouxe maiores repasses financeiros para a AB, entretanto, ainda insuficientes. É necessário ampliar o acesso às USF e, conseqüentemente, melhorar o vínculo do indivíduo, sua família e comunidade com a equipe de saúde. Assim, todos esses fatores perpassam por maiores investimentos financeiros para a APS, além de uma melhor qualificação dos profissionais de saúde e também dos gestores municipais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é o nível de cuidado mais resolutivo para o SUS, priorizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Dessa forma, o financiamento público para este nível de atenção deveria ser prioritário. Todavia, o subfinanciamento é um problema crônico desde o surgimento do SUS. Surge então o Programa Previne Brasil como uma medida para aumentar os repasses financeiros para os municípios, mas detém um modo operacional complexo.

Logo, a Bahia como um polo bem característico de um Brasil plural sofreu os efeitos do PPB, evidenciados pelas perdas e ganhos de recursos financeiros para APS. A principal influência identificada foi pela captação ponderada, e quanto maior o número de cadastros maiores as notas do ISF, porém os valores dos indicadores de desempenho não influenciam significativamente para o aumento dos repasses financeiros.

Desse modo, as portarias de flexibilizações, para amenizar os efeitos do PPB, foram essenciais para conter as perdas de recursos e, em sua maioria, trouxeram ganhos financeiros. No final do terceiro ano completo da vigência do Programa Previne Brasil apenas 13% das cidades baianas selecionadas tiveram déficit no orçamento da APS em comparação ao último ano com o PAB fixo e variável vigente. Entretanto, esse fato ainda é insuficiente para solucionar a cronicidade do subfinanciamento do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

¹Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 13 nov. 2019.

²Brasil. Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde,

no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 29 jan. 2021.

³Morosini MVGC, Fonseca AFF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública, 2020 [acesso 29 maio 2022]. 36(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.

⁴Brasil. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico]. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2015 [acesso 19 maio 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf.

⁵BRASIL. Nota Técnica nº 12/2022. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022 [acesso 21 maio 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_12.pdf.

⁶Brasil. Painéis de indicadores: Atenção Primária à Saúde. ISF – Indicador Sintético Final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023 [acesso 23 maio 2023]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/isf>.

⁷Brasil. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Indicadores de Desempenho. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023 [acesso 23 maio 2023]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.

⁸Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Cien. Saúde Colet., 2020 [acesso 29 maio 2022]. 25(4):1181-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.

⁹Mendes KMC, Carnut L, Guerra LDS. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo programa Previne Brasil. Research, Society and Development, 2022 [acesso 08 jul. 2022]. 11(1):e37011125018. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25018/21975>.

¹⁰Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad. Saúde Pública, 2022 [acesso 08 jun. 2022]. 38(2):e00164621. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1655/analise-critica-sobre-a-implantacao-do-novo-modelo-de-alocacao-dos-recursos-federais-para-atencao-primaria-a-saude-operacionalismo-e-improvisos>.

¹¹Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Saúde em Debate, Rio de

Janeiro, dez. 2019 [acesso 09 jul. 2022]. 43(especial 5):137-44, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5ftgSYH5bsBBJpbxR7L5RN/?lang=pt#>.

¹²Brasil. Repasses Fundo a Fundo. Brasília-DF: Fundo Nacional de Saúde - FNS, 2023 [acesso 23 maio 2023]. Disponível em: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html.

¹³Sesab. Plano Diretor de Regionalização - PDR. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2021 [acesso 14 maio 2023]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha%20-%20PDR%202021.pdf>.

¹⁴Sesab. Relatório Anual de Gestão - RAG. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2021 [acesso 14 maio 2023]. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/RAG_2021.pdf.

¹⁵Sellera PEG. Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): Impactos na evolução do cadastro populacional na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Brasília – DF: Universidade de Brasília; 2022.

¹⁶Brasil. Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 24 abr.2020.

¹⁷Brasil. Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde. Cobertura da Atenção Primária PNS 2020-2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023 [acesso 16 maio 2023]. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps.

Contribuição dos autores

JCR Alves e CAP Sanabria: concepção e planejamento do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; elaboração, revisão crítica e aprovação do manuscrito.

Conflitos de interesse

Inexistente.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.