

# **Relatório de Avaliação**

## **Atenção Primária à Saúde - APS**

**Ciclo 2020**

# CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

## COMITÊ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE GASTOS DIRETOS

Ciclo CMAP  
2020

Política avaliada  
Atenção Primária à Saúde - APS

Coordenador da avaliação  
Controladoria-Geral da União

Executores da avaliação  
Controladoria-Geral da União  
Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

### Informações:

Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria  
Tel: (61) 3412-2358/2360

### Home Page:

<https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/>

É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo deste relatório desde que mencionada a fonte.

## Lista de tabelas

Tabela 1: Valores nominais dos repasses de recursos federais para APS por grandes regiões (em R\$) .....	17
Tabela 2: Valores dos pagamentos realizados pelo Ministério da Saúde no âmbito do PMM ..	19
Tabela 3: Rendimento Nominal Mensal Domiciliar Per Capita 2019 - Região .....	20
Tabela 4: Valores anuais federais Per Capita para APS (transferências + PMM) por Região - Atualizados pelo IPCA/2019 .....	20
Tabela 5: Valores dos repasses federais para MAC (em R\$) .....	21
Tabela 6: Repasses federais anuais Per Capita de MAC por Região (em R\$) - Atualizados pelo IPCA/2019.....	22
Tabela 7: Indicador dos aportes federais em APS / transferências para MAC .....	23
Quadro 8: Descrição das variáveis do modelo de regressão em painel .....	30
Tabela 9: Resultado de regressão com dados em painel, tendo a quantidade de internações por CSAB como variável explicada.....	32
Tabela 10: Resultado de regressão com dados em painel (por grandes regiões), tendo a quantidade de internações por CSAB como variável explicada.....	33
Tabela 11: Tempo médio e mediana do tempo de permanência em postos de trabalho de médicos e enfermeiros.....	43
Tabela 12: Tempo médio de permanência em postos de trabalho de médicos e enfermeiros na atenção primária, por macrorregião .....	43
Tabela 13: Tempo médio de permanência de médicos na atenção primária, região metropolitana/RIDE, outras e municípios abaixo de 50 mil habitantes .....	44
Tabela 14: Tempo médio de permanência de enfermeiros na atenção primária, região metropolitana/RIDE, outras e municípios abaixo de 20 mil habitantes .....	44
A capitação ponderada refere-se ao valor a ser transferido para os municípios com base no número de pessoas cadastradas nas unidades básicas de saúde, com um teto de cadastros por município que depende do número de equipes de saúde da família (ou equipes de atenção primária na modalidade definida na PNAB 2017) e da tipologia do município conforme definição do IBGE (Tabela 15).....	50
Tabela 15: Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE) .....	50
Tabela 17: Número de municípios, população e peso na ponderação do valor per capita conforme classificação dos municípios pelo IBGE .....	51
Tabela 19: Simulação do valor transferido para municípios de 100 mil habitantes, com 80 mil cadastrados na APS, com 60% da população classificada no critério de ponderação e que tenha atingido 100% do teto do cadastro, conforme tipologia do IBGE (nº equipes SF: 20, 29 e 40, respectivamente) .....	51
Tabela 20: Número de equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária 20hs e 30hs, Teto do Cadastro e nº de municípios com pelo menos uma equipe .....	54
Tabela 22: Teto do Cadastro até o 3º Quadrimestre de 2020, em % da população.....	55
Tabela 24: Número de Cadastros até o 3º Quadrimestre de 2020 em equipes homologadas, em % da população .....	55
Tabela 26: Número de Cadastros até o 3º Quadrimestre de 2020 em equipes homologadas, em % do Teto do Cadastro .....	56
Tabela 27: Cadastramento do 3º quadrimestre de 2020: diferença percentual entre o valor anual estimado para a APS em comparação com o valor transferido em 2019, por região e porte populacional.....	57
Tabela 28: Percentual de Municípios com Fator Compensatório de Transição*, por região e porte populacional.....	58

Tabela 29: Diferença % entre o valor anual estimado para a APS com o Teto do Cadastro em dez/2020 e o transferido em 2019.....	58
Tabela 32: Diferença % entre o valor estimado com o Teto do Cadastro (dez/2020) e o transferido em 2019 – 4.471 municípios da Port. 172/2020 .....	59
Tabela 33: Diferença % entre o valor estimado com o Teto do Cadastro (dez/2020) e o transferido em 2019 – 1.089 municípios da Port. 173/2020 .....	59
Tabela 37: Transferências do FNS para Atenção Primária à Saúde em 2019, valor médio por habitante, região e porte populacional.....	59
Tabela 38: Transferência estimada para a APS, valor médio por habitante após a mudança do Previner Brasil, por região e porte populacional.....	60
Tabela 39: Transferência do PAB Fixo por habitante em 2019, por região e porte populacional .....	60
Tabela 40: Transferência do PAB Variável por habitante em 2019, por região e porte populacional.....	60
Tabela 41: Valor Médio por cadastrado em equipes homologadas no 3º quadrimestre de 2020 com o fator de ponderação de 30%, por região e porte populacional.....	61
Tabela 43: Diferença % entre o valor por habitante transferido em 2019 e o valor previsto após a transição com capitação ponderada calculada pelo teto do cadastro, por região e porte populacional.....	62
Tabela 44: Diferença entre o valor e percentual do impacto das mudanças pelo teto do cadastro e total da população cadastrada até dezembro de 2020, considerando o recurso do FNS e o recurso total aplicada nos municípios em 2019 .....	63

## Lista de Gráficos

Gráfico 1: Modalidade de contratos por postos de trabalho ocupados por médicos – Brasil, jan/2015 a dez/2019 .....	38
Gráfico 2: Modalidade de contratos por postos de trabalho ocupados por enfermeiros – Brasil, jan/2015 a dez/2019 .....	38
Gráfico 3: Modalidade de contratos para postos de trabalho ocupados por médicos em unidades de atenção primária*– Brasil, jan/2015 a dez/2019 .....	39
Gráfico 4: Modalidade de contratos por postos de trabalho ocupados por enfermeiros em unidades de atenção primária*– Brasil, jan/2015 a dez/2019 .....	39
Gráfico 5: Proporção da remuneração média de enfermeiros em relação a médicos e de técnicos e auxiliares de enfermagem em relação a enfermeiros – Brasil, 2003 a 2018 .....	40

## Sumário

1	CONTEXTO DA AVALIAÇÃO .....	6
1.1	Atenção Primária à Saúde como Centro do Sistema de Saúde Brasileiro.....	6
1.2	A Importância dos Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde .....	8
1.3	Do Sistema Hierarquizado às Redes de Atenção: a Inter-Relação entre Atenção Primária e Atenção Especializada.....	10
1.4	Atenção Primária à Saúde no Orçamento da União .....	15
2	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO .....	25
2.1	Impacto dos gastos federais com Atenção Primária sobre gastos com Média e Alta Complexidade.....	26
2.1.1	Contextualização .....	26
2.1.2	Metodologia .....	29
2.1.3	Resultados .....	31
2.1.4	Considerações .....	33
2.2	Perfil dos Profissionais e Tempo de Permanência na Atenção Primária à Saúde.....	35
2.2.1	Apresentação .....	35
2.2.2	Aspectos gerais do mercado de trabalho de médicos e enfermeiros no Brasil..	36
2.2.3	Metodologia .....	41
2.2.4	Análise dos indicadores de permanência.....	42
2.2.5	Considerações Finais .....	45
2.3	Impacto Orçamentário-Financeiro da Mudança no Modelo de Financiamento Federal da Atenção Primária à Saúde .....	47
2.3.1	Contextualização .....	47
2.3.2	A Capitação Ponderada: Descrevendo o Critério .....	50
2.3.3	Metodologia .....	53
2.3.4	Resultados: Componente Capitação e seu Impacto sobre o Financiamento da APS	56
2.3.5	Considerações Finais .....	65
3	CONCLUSÕES DA AVALIAÇÃO .....	70
4	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
	Apêndice A – Script sobre a Avaliação do Impacto dos Gastos da APS na MAC.....	76

# 1 CONTEXTO DA AVALIAÇÃO

## 1.1 Atenção Primária à Saúde como Centro do Sistema de Saúde Brasileiro

Dentre todas as demandas sociais, o direito à saúde se sobressai como um princípio inquestionável em praticamente todos os segmentos da sociedade e representa condição necessária para a garantia dos direitos fundamentais, tais como o direito à vida, à dignidade e à liberdade. Numa perspectiva individualista, é intuitivo compreender a saúde como um bem indispensável. Sem saúde, não há condições para o trabalho, para o lazer, para a educação ou para quaisquer ações individuais. De igual modo, sem esses fatores, não há condições para o exercício do direito à saúde.

Sendo a saúde a base para a existência de cada indivíduo, os meios para assegurá-la representam a base para a existência da coletividade. Esses meios, que compreendem os processos políticos e institucionais voltados à garantia do direito à saúde, são os chamados “sistemas de saúde”, que possuem diferentes configurações em cada sociedade.

O Brasil possui um dos maiores e mais importantes sistemas de saúde do mundo, fruto de incontáveis fatores, ideologias, instituições e circunstâncias que confluíram para sua concepção, há três décadas, e que continuam moldando e afetando seu funcionamento. O Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os sistemas de saúde de forma geral, é dinâmico. Parte desse dinamismo decorre da própria lógica de mudança das necessidades da população ao longo do tempo e parte se deve às restrições financeiras e políticas que afetam os sistemas de saúde.

Fato é que o SUS do presente é diferente do SUS do passado e será diferente do SUS do futuro. Mudam-se os prestadores, os profissionais, os usuários, as regras, os procedimentos, os fornecedores e até os desafios. O SUS é um sistema vivo que, entre avanços e retrocessos, vai se afirmando como um dos maiores patrimônios da sociedade brasileira, mostrando seu valor frente aos incontáveis desafios enfrentados.

Essa resiliência, uma das vocações do SUS, decorre da força dos seus princípios e diretrizes constitucionais que, apesar do dinamismo do sistema, não se alteraram ao longo do tempo. Nesse contexto de mudanças, é possível classificar os avanços como aquelas que vão ao encontro dos princípios e às diretrizes do SUS, enquanto os retrocessos são em sentido oposto.

Assim, o primeiro passo para se avaliar qualquer aspecto do SUS deve ser ponderar se a situação existente é compatível com os ideais que deram origem ao sistema e que foram consagrados nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e na Lei nº 8.080/1990, tais como o acesso gratuito e universal, a descentralização político-administrativa, a interação de políticas econômicas e sociais, a participação social e a integralidade do cuidado.

São premissas que fazem do SUS um projeto ambicioso. Seria ingenuidade imaginar que todos esses ideais seriam imediatamente implementados após a concepção do Sistema na CF/88 ou que não seriam encontradas resistências pelo caminho. Passados mais de 30 anos, o SUS ainda é um sistema em construção.

É nesse contexto que a presente avaliação sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) tem início com a compreensão sobre os conceitos de níveis de cuidado e sobre a importância da atenção primária no desenho do SUS. Somente com o adequado dimensionamento da importância da APS para o SUS é possível avaliar aspectos sobre esse segmento. Para tanto, faz-se necessário retomar brevemente o contexto das políticas de saúde pública no Brasil anterior ao SUS e os movimentos que culminaram na sua criação.

O acesso a serviços de saúde sempre foi um ponto crítico das políticas de saúde no Brasil. Durante a colonização e nas primeiras décadas da república, o acesso era restrito aos estratos de alta renda da sociedade e a oferta concentrada em pequenos estabelecimentos gerenciados por profissionais liberais da área da saúde. Paralelamente, grandes hospitais foram criados principalmente no bojo da filantropia, dando origem a uma significativa rede hospitalar beneficente. Já no século XX, a partir da Lei Elói Chaves (1923), o Brasil passou a experimentar a lógica de intervenção estatal na assistência à saúde sob a lógica setorial corporativa, onde o requisito para acesso ao sistema é a vinculação da pessoa a planos de seguridade social, ou seja, restrito a trabalhadores formais e seus dependentes.

Em consonância com esse processo de atuação estatal na lógica corporativa, se desenvolveu no Brasil uma cultura da saúde centrada em hospitais, no que é usualmente denominada “cultura hospitalocêntrica”.

Nesse contexto, o SUS propõe rupturas nos paradigmas até então predominantes no Brasil, tais como a mudança da lógica corporativa para a lógica universal e a preconização da integralidade do cuidado em detrimento da assistência fragmentada, o que, na cultura hospitalocêntrica, tende a sobrecarregar os serviços de maiores complexidade.

Esse tipo de ruptura é resultado de longo amadurecimento dos conceitos relacionados à organização dos sistemas de saúde e perpassa pela mudança na compreensão do próprio conceito de “saúde”. Essa discussão ganhou relevância no mundo entre o final da década de 1970 e início da década de 1980 e teve como um dos principais marcos a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários (1978), fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nessa declaração, há a definição de que a saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

Essa concepção fortalece a importância das ações de promoção e de proteção da saúde e confronta a cultura hospitalocêntrica, que é baseada nas ações de recuperação da saúde. Transportando para os conceitos de níveis de atenção, esse movimento reforça a importância dos cuidados essenciais de saúde, em contraponto ao direcionamento dos esforços prioritariamente para práticas nos níveis especializados.

Nesse sentido, a Declaração de Alma Ata é um importante referencial para grande parte dos países ao preconizar a atenção primária à saúde como “função central e foco principal” dos sistemas de saúde.

Esse movimento multinacional que resultou na Declaração de Alma Ata e na consequente disseminação da diretriz de que a atenção primária deve ser o foco principal dos sistemas de saúde exerceu grande influência nos debates empreendidos pelo movimento sanitário brasileiro que culminou na reforma sanitária. Um dos momentos mais importantes da reforma

sanitária brasileira foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, que trouxe as diretrizes o que viria a ser o SUS.

Mesmo sem abordar expressamente a necessidade de fortalecimento da atenção primária, a 8ª CNS trouxe elementos que, na prática, vão ao encontro do ideal de consolidação das ações nesse nível de atenção. A descentralização da gestão dos serviços e o protagonismo municipal indicam uma maior aproximação do sistema de saúde ao cotidiano da população. A diretriz da integralidade do cuidado, que a 8ª CNS aponta como a superação da dicotomia entre prevenção e cura, somada à lógica de hierarquização das unidades de saúde representam uma alternativa à cultura hospitalocêntrica dominante no Brasil. Por romper com a lógica do cuidado à saúde fragmentado e centrado na doença, a reforma sanitária introduz condições para a elevação da importância da atenção primária no sistema de saúde brasileiro, sem que isso implique no enfraquecimento das ações de atenção especializada.

Em que pese esse cenário aparentemente propício para uma alteração do modelo de atenção à saúde no Brasil, tendo como foco os cuidados primários e o reconhecimento das necessidades de saúde da população, a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas do SUS (Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990) não tratam expressamente de alguns conceitos-chave que norteiam essa discussão. Tais instrumentos não dispõem sobre o termo “atenção primária” (ou atenção básica), tampouco “atenção especializada” (ou hospitalar ou média e alta complexidade). Nesses referenciais, o principal comando acerca dos modelos de atenção é a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Na ausência de mudanças abruptas, permanecem os modelos predominantes. Assim, nos primeiros anos do SUS foram empreendidos esforços para a efetiva implementação dos seus ideais enquanto predominavam práticas do modelo anterior, ou seja, fragmentado e centrado na atenção especializada. Tanto é que muitas das premissas do SUS estão, ainda, pendentes de efetiva implementação, tais como a regionalização e a organização da atenção à saúde em redes.

Foi ao longo dessa linha evolutiva que importantes instrumentos normativos foram gradualmente colocando as ações de atenção primária no centro do modelo de assistência à saúde do SUS, tal como preconizado no modelo sanitário. Talvez o principal referencial nesse sentido é a Norma Operacional Básica nº 01/1996 (NOB 96), que, dentre outros aspectos, propõe “bases para um novo modelo de atenção à saúde”. Nessa proposta, cada pessoa deve ser “estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra”, em contraponto ao modelo vigente centrado na doença e nas ações curativas, que tinha o profissional como principal indutor no sistema.

Para superar a lógica então predominante, a NOB 96 defende um “modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias”. Esse paradigma é a base da lógica de atenção primária que conhecemos e perseguimos até hoje.

## **1.2 A Importância dos Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde**

As discussões sobre modelos de atenção à saúde, que frequentemente suscitam interpretações equivocadas acerca de uma suposta dicotomia entre o nível primário e a atenção especializada, têm como pano de fundo o aspecto financeiro da alocação de recursos. Isso decorre do fato de

que as restrições financeiras são inerentes a todos os sistemas de saúde existentes, sendo que o que varia é a intensidade dessas restrições.

No caso do financiamento federal do SUS, há a previsão constitucional de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, atualmente estabelecida pela emenda constitucional nº 95/2016. Esse mesmo instrumento legal estipula que não haverá expansão real do conjunto de despesas primárias do Governo Federal, o que, na prática, limita o crescimento do gasto na área da saúde, salvo se compensado por reduções em outras áreas. Com isso, as definições sobre os gastos públicos com saúde são balizadas por um piso e por um teto, ainda que indireto. Isso faz com que o montante de recursos públicos a ser alocado nos programas da saúde seja relativamente previsível e estável ao longo dos anos.

Nesse sentido, um importante desdobramento das análises relacionadas ao financiamento da saúde é a compreensão acerca da composição dos gastos. Uma vez definido o montante de recursos públicos a ser destinado à saúde, surgem as definições acerca da distribuição desse montante dentro das ações de saúde. É natural que, dentro do processo decisório que envolve a elaboração de orçamentos públicos, ocorram disputas envolvendo a destinação dos recursos disponíveis.

Em alguma medida, esse processo é determinante para a construção do modelo de atenção à saúde existente no SUS, uma vez que eventual ampliação do gasto com a atenção primária implica na não alocação desse mesmo recurso em outros programas de saúde, e vice-versa.

Destaca-se que a alocação de recursos financeiros é condição importante para a expansão e para a qualificação de uma política pública, mas não é a única. São diversos fatores que influenciam na qualidade do cuidado e na eficiência de uma política de saúde, fatores estes que vão desde a estrutura de governança até a motivação dos agentes públicos e privados envolvidos. No entanto, os aspectos financeiros representam um dos principais fatores de sucesso ou insucesso de uma política, ao ponto de ser comum a utilização dessa informação como o principal indicador de uma política pública. Assim, uma das principais formas de se conhecer uma política pública é por meio da análise acerca dos gastos realizados para a sua execução.

Nesse contexto, parte da presente avaliação tem como foco os gastos com a atenção primária em saúde e os resultados alcançados a partir desses dispêndios, sobretudo pela ótica do Governo Federal. Sobre isso, importante destacar que o modelo de atenção à saúde adotado pelo SUS preconiza que cabe aos municípios a execução da maior parte das ações relacionadas à atenção primária que implicam em gastos públicos, incluindo a contratação de profissionais, a aquisição de insumos e a estruturação de estabelecimentos. Esses gastos são financiados por recursos próprios dos municípios e por recursos transferidos pelos Estados e pelo Governo Federal.

Apesar do aporte tripartite, a definição sobre como esses recursos devem ser aplicados compete precipuamente à esfera executora das ações, no caso a esfera municipal. Isso inclui as instâncias de governança, tais como conselhos e conferências municipais de saúde, e de gestão, representada pelas secretarias municipais de saúde, observada a lógica do planejamento ascendente esculpido no art. 36 da Lei 8.080/1990. Nesse sentido, não cabe ao Ministério da Saúde interferir, por exemplo, no quanto cada município deve gastar com recursos humanos da

atenção primária ou quanto deve ser destinado para despesas de manutenção das unidades básicas de saúde.

Dessa forma, a composição dos gastos com atenção à saúde pode variar nas diferentes localidades do território nacional, a depender das características locais e das estratégias adotadas pelas instâncias de governança e de gestão do SUS. No entanto, uma característica marcante em relação ao gasto com a atenção primária em todas as localidades é a relevância das despesas com pessoal. Mais que um mero indicador financeiro, isso revela que as ações e serviços realizados na atenção primária à saúde são intensivos em mão de obra dos profissionais de saúde.

Uma revisão bibliográfica de Vieira e Servo (2013) indica uma série de estudos nacionais que abordam a composição do custo total da atenção primária e a participação dos gastos com pessoal nesse total. Dentre os estudos considerados, as despesas com pessoal representam de 50,73% a 93,97% das despesas totais da atenção primária. Em que pese a dispersão decorrente de diferenças nos modelos e nas metodologias dos estudos, é seguro assumir que os gastos com pessoal representam o principal item de despesa da atenção primária em saúde.

Uma implicação disso é o fato de que a maior parte dos gastos com APS possuem característica de despesa obrigatória e irredutível. Ao contrário de outros tipos de gastos, o pagamento de pessoal geralmente não está no espectro da discricionariedade do gestor da saúde e não deve haver redução dos valores pagos aos profissionais. Além disso, a categoria dos agentes comunitários de saúde, que representam a categoria mais numerosa da APS, possui piso salarial definido em lei federal. Também há projetos de lei para o estabelecimento de piso salarial a profissionais de enfermagem, além da existência de pisos estabelecidos por sindicatos profissionais.

Com isso, é natural que os gastos com recursos humanos na atenção primária sejam crescentes. Por outro lado, a legislação brasileira impõe limites a esse tipo de gasto. O principal referencial nesse sentido é a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que define que a despesa total com pessoal não pode ultrapassar 60% da receita corrente líquida do município. Esse contexto implica em desafios para a gestão financeira da saúde por diversos municípios, sobretudo em relação à atenção primária, que é a estratégia mais capilarizada do sistema.

Para além das implicações financeiras, a preponderância dos recursos humanos indica que, apesar da utilização de instrumentos de alta tecnologia, as ações de atenção primária à saúde são executadas essencialmente por pessoas e para pessoas, o que tende a favorecer a diretriz de humanização do SUS e da melhoria do cuidado.

### **1.3 Do Sistema Hierarquizado às Redes de Atenção: a Inter-Relação entre Atenção Primária e Atenção Especializada**

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabeleceu o modelo organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) respaldado em três pilares: hierarquização, rede e regionalização, conforme preceitua o art. 198: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

Esses três conceitos sintetizam o desenho ideal do SUS, embora sua efetiva aplicabilidade exija esforços constantes mesmo após mais de três décadas após a concepção do sistema. A hierarquização visa garantir acesso aos serviços públicos de saúde, desde o nível mais simples ao mais complexo. A pessoa deve ser atendida em unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade de acordo com suas necessidades.

Nesse conceito original de hierarquização do sistema, são três os níveis de complexidade considerados: primário (baixa complexidade), secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade). No nível primário, os atendimentos são realizados em unidades básicas de saúde (UBS) e em estruturas próximas do cotidiano da comunidade, incluindo as próprias moradias. O acesso ao sistema deve ser, preferencialmente, no nível dos cuidados primários. Para além de uma porta de entrada, o nível primário deve ser o ordenador da rede hierarquizada. As políticas relacionadas a esse nível de cuidado compõem o que foi historicamente denominada atenção básica e que mais recentemente passou a ser denominada preferencialmente de Atenção Primária à Saúde.

Já nos demais níveis de cuidado, que englobam a atenção especializada de média e alta complexidade, as ações e os serviços são realizados principalmente em unidades de saúde intensivas em estruturas físicas que possuem maior densidade tecnológica.

Convém destacar que a hierarquização pressupõe um sistema piramidal de organização das ações e serviços públicos de saúde, onde a base representa a atenção primária, atendendo à grande maioria da população necessitada (base alargada), funcionando como principal porta do sistema e como regulador do fluxo aos demais níveis. Desse modo, a atenção primária atua como filtro inicial, tanto no aspecto de resolução da maioria dos casos, como também agindo no referenciamento do usuário para outros níveis.

Portanto, a arquitetura desse modelo hierarquizado posiciona a atenção primária como a base estruturante e ordenadora de um sistema piramidal hierarquizado de saúde em níveis de complexidade crescente, consoante disposto no art. 8º da Lei nº 8.080/1990.

Ainda no tocante à hierarquização, a lógica do fluxo de usuários no âmbito do SUS prevê encaminhamentos de pessoas de serviços de menor complexidade para de maior complexidade e vice-versa. O primeiro tipo de fluxo explicitado denomina-se referência. Já o fluxo de um serviço de maior complexidade para um de menor complexidade é denominado de contrarreferência.

Vale observar que a lógica da hierarquização pressupõe a integração da rede de atenção à saúde em serviços de diferentes níveis de complexidade, desde aqueles com menor densidade tecnológica, como os de atenção primária, até os que requerem maior densidade tecnológica, como por exemplo os hospitais.

Entretanto, o desenvolvimento do SUS e o aprimoramento das formas de organização dos serviços levaram a arranjos que rompem essa lógica hierarquizada, colocando cuidados primários e especializados em um mesmo patamar. Trata-se das redes de atenção à saúde, que estabelecem fluxos transversais em detrimento do desenho piramidal. Existem diversas iniciativas de organização de políticas de saúde em redes, incluindo estratégias instituídas pelo Governo Federal, tais como a Rede Cegonha, (Portaria GM/MS nº 1.459/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088/2011), a Rede de Cuidados à Pessoa com

Deficiências (Portaria GM/MS nº 793/2012, e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 483/2014).

No que se refere às redes de atenção à saúde, relevante mencionar conceituação contida na Portaria MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: *“São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*.

Outro conceito basilar em relação à organização das redes de saúde no SUS contido no art. 198 da CF/88 é o da regionalização. Sobre isso, convém pontuar que, ao contrário da atenção primária à saúde, cujos serviços encontram-se dispersos geograficamente, os serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados, com vistas a impor uma maior racionalidade ao sistema, referente a aspectos como eficiência, economicidade e facilidade no pronto atendimento.

Portanto, a lógica de organização do SUS preconiza uma interpretação alternativa à estrutura federativa concentrada em municípios e estados ao incluir conceitos de regionalização. Nesse sentido, o SUS é organizado a partir de recortes territoriais que ultrapassam os limites geográficos dos municípios, exigindo atuação coordenada entre níveis federativos autônomos.

Dispõe o artigo 198 da atual Constituição pátria que as ações e serviços públicos de saúde integram rede regionalizada e hierarquizada, constituem um sistema único (SUS), cuja organização é pautada por três diretrizes, dentre as quais a descentralização.

Em obediência art. 198 da CF/88, que prevê a organização dos serviços públicos de saúde em “rede regionalizada”, o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), introduziu o conceito de Região de Saúde:

*“Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:*

*I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”*.

Depreende-se que a norma regulamentadora intencionou assegurar que a descentralização não se confunde com municipalização e nem rede regionalizada implica região contemplando área geográfica de um só município. Isso porque, considerando a quantidade de municípios, cerca de 5.568, sendo muitos de pequeno porte, seria desarrazoado, do ponto de vista de gestão, não procurar aglutiná-los de uma forma racional.

O espírito da norma converge com o entendimento de pesquisadores em saúde pública<sup>i,ii</sup>, pois, de acordo com Lenir Santos e Gastão Wagner, o caminho mais adequado é integrar serviços, regionalizando de fato a descentralização, com o fito de qualificar a gestão de todo o sistema, proporcionando um mínimo necessário de serviços de saúde à população.

Segundo ainda o Decreto, art. 4º, as “Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios”, podendo “ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação

com os Municípios”, devendo em qualquer caso serem “respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT”.

Convém mencionar que, segundo pesquisadores em saúde pública, a organização do sistema em regiões de saúde ainda prescinde de aperfeiçoamento<sup>iii</sup>.

Visando a efetiva implementação da diretriz da regionalização, foram emitidas as Resoluções CIT 23/17 e 37/18, que estabeleceram novas diretrizes para os processos de regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI) e governança das redes de atenção à saúde (RAS) no âmbito do SUS. O PRI passou a ser organizado no âmbito das macrorregiões de saúde, espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões de saúde. Uma lógica macrorregional passou a ser construída como estratégia para garantia da integralidade, pois nem todas as regiões de saúde eram autossuficientes, especialmente quanto aos serviços de alta complexidade. Também foram instituídos os Comitê Executivos de governança da RAS no âmbito das macrorregiões de saúde.

Esses aspectos relacionados à regionalização são importantes para a presente avaliação, uma vez que os recortes territoriais são naturalmente diferentes para os diferentes níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, a compreensão sobre os modelos de atenção à saúde, que remete à discussão sobre a interligação entre atenção primária e atenção especializada, deve levar em consideração que a atenção primária se desenvolve no nível municipal, enquanto a atenção especializada é regionalizada.

Ainda sobre os modelos de atenção à saúde, convém trazer as definições a respeito dos conceitos de atenção primária à saúde e de média e alta complexidade. A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada Atenção Básica (AB), é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, segundo Aguilera et al<sup>iv</sup>.

A expansão com qualidade da APS é um passo crítico e necessário para se alcançar a cobertura universal de saúde<sup>v</sup>, um dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) fixados em 2015 pela Organização das Nações Unidas (ONU).

As principais características da APS, de acordo com Starfield<sup>vi</sup>, são:

- a) Constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a APS é o primeiro contato da medicina com o paciente;
- b) Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge, esta seja atendida da forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade;
- c) Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

A Portaria nº 2.436, de 21/09/2017 (Portaria de Consolidação nº 2/2017), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), destaca o conceito e as características da Atenção Básica/Atenção Primária:

*“Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.*

*§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.*

Ainda segundo a PNAB, a APS tem como princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade; e como diretrizes: a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede, e a participação da comunidade.

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, conforme art. 4º do PNAB.

O PSF (atual ESF), criado pela Portaria nº 692, de 25/03/1994, é resultado de uma sucessão de políticas anteriores, tendo como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído em 1991, com base em experiências internacionais e nacionais, por meio da publicação do Manual do Agente Comunitário de Saúde pela Fundação Nacional de Saúde, conforme Albuquerque<sup>vii</sup>.

Ressalte-se que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com o art. 6º da PNAB, são denominados Unidade Básica de Saúde – UBS, que, em geral, contam com equipes de saúde da família (eSF) compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e por equipes de saúde bucal (eSB).

Estudos, citados por Campos<sup>viii</sup> et al., apontam que as equipes de Saúde da Família (eSF) têm capacidade para resolver até 80% dos problemas de saúde, além de acompanharem o indivíduo e a família ao longo do tempo e coordenarem o cuidado de todos por meio de uma relação contínua e de confiança.

Some-se à ESF, o Programa Mais Médicos (PMM), instituído pelo Governo Federal a partir de 08/07/2013, que visava diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e fortalecer a prestação de serviços de atenção básica no país. O PMM foi substituído em 2019 pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB), conforme Lei 13.958/2019.

A cobertura da APS no Brasil, em dezembro/2020, segundo dados governamentais<sup>ix</sup>, era de 76,08% com estimativa de população coberta de 159.900.453. Já a cobertura da ESF era de 63,62% com população coberta estimada de 133.710.730 e 43.286 equipes.

Embora a APS seja entendida como a base orientadora do sistema de saúde, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS, conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>x</sup>.

O SUS deve proporcionar à população não somente atenção básica, mas também provê-la de atenção à saúde de média e alta complexidade (MAC), objetivando implementar ações em complementação à atenção básica, garantindo que o sistema público de saúde no Brasil contemple, além da universalidade de acesso aos seus serviços, a integralidade de assistência.

Segundo o material de apoio conhecido como O SUS de A a Z<sup>xi</sup>, elaborado pelo Ministério da Saúde, a Média Complexidade é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

O mesmo material define a Alta Complexidade como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Esses três níveis de atenção – primária, média e alta complexidade – englobam o conjunto de ações e serviços de assistência à saúde do SUS. A presente avaliação tem como foco aspectos diretamente relacionados à atenção primária à saúde (APS) e ao seu posicionamento na rede de serviços, o que inclui a integração entre os diferentes níveis de atenção.

#### **1.4 Atenção Primária à Saúde no Orçamento da União**

Pretende-se aqui discorrer sobre a composição e a evolução, no período de 2000 a 2019, dos valores federais transferidos às cinco grandes regiões para a Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo-se o Programa Mais Médicos instituído em 08/07/2013. Para fins de comparação, na parte final, também serão analisados os valores federais transferidos para a Média e Alta Complexidade (MAC).

Antes, porém, é preciso esclarecer e destacar o papel dos entes federativos no financiamento e na execução dos serviços e ações da APS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21/09/2017, dispõe que o financiamento da APS é tripartite (União, Estados e DF, e Municípios e DF) e deve estar garantido nos planos nacional, estadual e municipal de gestão do SUS.

Compete à União por meio do Ministério da Saúde, garantir fontes de recursos federais e destiná-los para compor o financiamento tripartite da APS, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços.

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da APS e a destinação de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a

fundo para custeio e investimento das ações e serviços, bem como ser corresponsável pelo monitoramento das ações de APS nos municípios.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da APS, no âmbito de seus limites territoriais, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal, dentre outras: destinar recursos próprios para compor o financiamento tripartite; organizar os serviços para permitir que a APS atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS); organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de APS, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; programar as ações da APS a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado; ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da APS transferidos aos municípios; manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de APS, em conformidade com a legislação vigente; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população etc.

Portanto, cabe às Secretarias Municipais de Saúde o papel principal na execução dos serviços e ações de Atenção Primária à Saúde, não participando a União pela sua execução direta.

A seguir, serão analisados os dados dos repasses anuais fundo a fundo relativos aos valores federais de APS e de MAC no período de 2000 a 2019, coletados no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Os dados foram agrupados por unidades federativas (UF), no entanto, em razão do volume de informações, focou-se somente na avaliação e comparação entre as cinco grandes regiões, bem como no comparativo de gastos entre APS e MAC ao longo do tempo.

Houve, no período de 2000 a 2019, as seguintes alterações na forma de agrupamento dos dados pelo FNS:

- a) De 2000 a 2017, os dados estavam agrupados por Bloco, Componente e Programa, e, a partir de 2018 em Bloco, Grupo e Estratégia;
- b) De 2000 a 2017, tivemos, basicamente, os 6 seguintes Blocos: Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Gestão do SUS (a partir de 2001), Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Transferência não Regulamentadas por Bloco de Financiamento (a partir de 2004 até 2011) e Vigilância em Saúde e Investimento (a partir de 2009);
- c) O Bloco Investimento (2009 a 2017) era subdividido em vários Programas que não traziam claramente a referência a qual dos outros 5 Blocos pertencia;
- d) De 2018 a 2019, passou-se a ter 2 grandes Blocos (Custeio e Investimento);

- d.1) O Bloco Custeio se dividiu em 6 Grupos: Apoio Financeiro Extraordinário, Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Vigilância em Saúde;
- d.2) O Bloco Investimento se dividiu em 5 Grupos: Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Atenção Especializada, Gestão do SUS e Vigilância em Saúde.

Assim, percebe-se que há 3 períodos distintos de divulgação dos dados de Investimento que, por sua vez, trazem alguma influência na coleta dos dados de APS e de MAC:

- a) O período de 2000 a 2008, quando não existia o agrupamento por Investimento;
- b) O período de 2009 a 2017, quando há dados sobre o Bloco Investimento, subdivididos em Programas, porém sem uma referência clara sobre quais valores poderiam se referir aos Blocos Atenção Básica e MAC;
- c) O período de 2018 a 2019, quando há dados do Bloco Investimento com clara divisão pelos Grupos Atenção Básica (APS) e Atenção Especializada (MAC).

Desse modo, diante da falta de referência e na tentativa de homogeneização, optou-se por não se considerar os valores relativos ao Investimento (2009 a 2019) mesmo que, eventualmente, pudessem ter alguma influência no cômputo geral dos valores de APS e de MAC em determinado ano. Portanto, os dados se referem basicamente aos valores de custeio, ainda que não se saiba se no período de 2000 a 2008 houve algum investimento embutido nos blocos aqui trabalhados. A tabela a seguir traz os valores brutos anuais de APS transferidos pela União por região:

**Tabela 1: Valores nominais dos repasses de recursos federais para APS por grandes regiões (em R\$)**

ANO	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	TOTAL
2000	181.310.319,43	929.634.036,83	216.216.610,45	929.764.142,91	360.462.540,69	<b>2.617.387.650,31</b>
2001	191.730.644,85	957.028.347,96	218.905.230,11	902.838.172,95	370.669.264,64	<b>2.641.171.660,51</b>
2002	240.806.535,82	1.126.341.772,54	272.094.975,70	1.103.870.306,64	462.723.572,48	<b>3.205.837.163,18</b>
2003	265.723.280,41	1.251.689.568,35	304.935.541,33	1.268.218.835,12	521.660.246,66	<b>3.612.227.471,87</b>
2004	317.999.911,22	1.576.729.163,30	365.321.144,11	1.490.457.499,53	633.021.528,74	<b>4.383.529.246,90</b>
2005	376.489.632,90	1.923.194.335,50	449.965.667,15	1.646.877.372,78	677.883.065,88	<b>5.074.410.074,21</b>
2006	442.604.668,69	2.245.234.434,66	565.726.870,99	1.963.934.581,91	818.389.349,81	<b>6.035.889.906,06</b>
2007	522.841.490,15	2.642.037.620,41	686.533.315,94	2.293.149.855,38	922.423.369,75	<b>7.066.985.651,63</b>
2008	579.868.366,49	2.938.189.025,71	807.205.571,97	2.573.862.403,50	1.038.312.660,91	<b>7.937.438.028,58</b>
2009	602.395.480,21	3.114.565.291,81	826.632.460,09	2.689.215.649,63	1.073.134.762,23	<b>8.305.943.643,97</b>
2010	704.665.875,85	3.651.654.399,68	956.187.504,52	3.116.290.775,98	1.227.479.859,64	<b>9.656.278.415,67</b>
2011	809.014.430,83	4.127.632.427,80	1.106.286.455,54	3.507.086.040,41	1.368.239.197,20	<b>10.918.258.551,78</b>
2012	952.196.948,76	4.957.478.079,20	1.225.733.709,91	4.445.089.078,96	1.752.035.809,92	<b>13.332.533.626,75</b>
2013	924.948.213,80	4.656.532.772,30	1.164.724.429,24	4.356.458.874,43	1.738.752.467,95	<b>12.841.416.757,72</b>
2014	1.023.894.423,24	5.140.775.068,09	1.263.337.942,22	4.859.527.677,82	1.908.661.432,91	<b>14.196.196.544,28</b>
2015	1.082.392.171,10	5.563.050.254,63	1.357.468.535,26	5.215.279.075,44	2.056.985.053,61	<b>15.275.175.090,04</b>
2016	1.127.522.000,83	6.186.525.948,45	1.504.983.550,36	5.599.680.192,22	2.321.443.620,77	<b>16.740.155.312,63</b>
2017	1.132.080.384,91	6.518.561.968,87	1.541.040.588,07	5.624.963.529,57	2.406.919.844,22	<b>17.223.566.315,64</b>
2018	1.450.473.503,34	8.481.962.487,11	1.954.531.483,63	6.577.301.133,41	2.854.412.422,42	<b>21.318.681.029,91</b>
2019	1.595.568.992,60	9.344.731.542,28	2.257.949.817,03	7.228.166.143,93	3.102.525.873,37	<b>23.528.942.369,21</b>

Fonte: FNS. Site: <https://portalfns.saude.gov.br/publicacoes/>

Essas transferências de recursos financeiros, que superam o montante de R\$ 23 bilhões ao ano, representam a principal forma de aporte de recursos federais na APS. Conforme tratado anteriormente, esses recursos são repassados de forma regular e automática aos entes federativos, principalmente aos municípios, que devem utilizá-los para o financiamento das ações rotineiras da APS, tais como contratações de profissionais, aquisição de insumos etc. Estima-se que a participação federal no custeio das ações de prevenção e promoção da saúde é de aproximadamente 45% do total, sendo outros 45% provenientes das instâncias municipais e 10% provenientes dos estados, conforme publicação do Ministério da Saúde (2018) com base na metodologia do *System of Health Accounts* (SHA).

Apesar de as transferências na modalidade fundo a fundo ainda representarem a principal forma de aporte de recursos federais na APS, a partir de 2013 teve início o programa de provimento de médicos para a atenção primária, no qual o Ministério da Saúde é responsável pela seleção, contratação e pagamento dos profissionais. Trata-se do Programa Mais Médicos (PMB), que vem sendo substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil.

É sabido que a distribuição desigual e a dificuldade de fixação de profissionais de saúde (em especial os médicos) no Brasil, principalmente na atenção básica e em áreas remotas e/ou de populações com maior vulnerabilidade, são entraves importantes para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção à saúde.

Antes do PMM, várias propostas tinham sido formuladas com o objetivo de promover mudanças na formação dos profissionais de saúde, diminuir sua escassez e melhorar sua distribuição geográfica nos municípios brasileiros, destacando-se<sup>xii,xiii</sup>:

- a) Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), instituído pelo Decreto nº 3.745, de 05/02/2001, com o objetivo de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários;
- b) Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), instituído pela Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) nº 610, de 26/03/2002, com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação;
- c) Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) nº 2.101, de 03/11/2005, com o objetivo de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença, para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia;
- d) Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), criado pela Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde e de Educação) nº 2.087, de 01/09/2011, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família.

O PROVAB, de forma embrionária ao PMM, buscava incentivar os profissionais de saúde recém-formados a trabalharem, por um ou dois anos, em municípios de maior necessidade e em

periferias das grandes metrópoles, possibilitando um conhecimento maior da realidade do país e estimulando projetos de provimento e fixação de médicos. Aos profissionais que participassem do programa eram oferecidos curso de especialização em saúde da família, sob responsabilidade das universidades públicas participantes; remuneração e moradia sob custeio dos municípios contemplados. O PROVAB passou a integrar, em 2015, o PMM.

O PMM foi instituído pelo Governo Federal a partir da Medida Provisória nº 621, de 08/07/2013 (convertida na Lei nº 12.871 de 22/10/2013) como intuito de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica no país e diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS.

O PMM está constituído em 3 eixos: provimento emergencial de profissionais; reestruturação na formação médica; e investimento para melhora na infraestrutura da Atenção Básica no país.

Diferentemente dos programas anteriores, cabe à União o custeio das bolsas (formação, supervisão e tutoria) para os médicos participantes e de ajuda de custo destinada a compensar as despesas de sua instalação nos municípios. Os gastos do PMM são, dentre outros, compostos de: auxílio financeiro aos estudantes; contribuição (repasses à Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS até 2018 e bolsas); obrigações tributárias e contributivas; outros auxílios financeiros a pessoas físicas; outros serviços de terceiros PJ; passagens e despesas com locomoção; etc.

Para facilitar a análise e se distribuir o gasto, calculou-se o valor médio anual pago região, adotando-se a seguinte fórmula: dividiu-se o total geral anual pago pela quantidade total de bolsas-formação concedidas no ano no Brasil; e, a partir daí, este valor médio anual foi multiplicado pela quantidade de bolsas-formação por cada região (a partir da soma das UF).

**Tabela 2: Valores dos pagamentos realizados pelo Ministério da Saúde no âmbito do PMM**

ANO	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	TOTAL
2013	28.095.045,56	215.118.277,85	78.965.364,74	110.385.267,78	64.502.234,79	<b>497.066.190,72</b>
2014	138.804.554,53	710.740.669,26	285.737.994,56	622.703.305,38	358.897.964,19	<b>2.116.884.487,92</b>
2015	146.455.086,08	715.272.352,14	278.193.222,06	642.544.899,64	348.348.780,36	<b>2.130.814.340,28</b>
2016	180.263.137,87	878.782.797,10	344.106.958,91	791.620.679,07	426.378.216,60	<b>2.621.151.789,55</b>
2017	220.195.283,26	1.086.846.237,65	384.066.104,56	912.574.034,87	483.566.112,24	<b>3.087.247.772,58</b>
2018	164.891.609,28	804.366.814,63	305.099.705,24	692.573.460,73	378.576.209,98	<b>2.345.507.799,86</b>
2019	185.094.838,89	978.078.218,98	358.777.279,22	690.450.111,92	371.437.908,86	<b>2.583.838.357,87</b>

Fonte: Nota Técnica nº 1535/2020-CGFAP/DESAF/SAPS/MS de 15/10/2020.

Considerado o patamar de valores do exercício 2019, que é o último exercício financeiro não afetado pelas ações extraordinárias de enfrentamento à pandemia de Covid-19, percebe-se que o montante de aportes de recursos federais para a APS é de aproximadamente R\$ 26 bilhões ao ano, incluindo as transferências fundo a fundo e as despesas com o provimento de profissionais.

A partir disso, buscou-se analisar como se dá essa distribuição de recursos no território brasileiro. Com o intuito de se calcular os repasses *per capita* foram coletados os dados relativos à população residente estimada por UF (agrupando-se por região) no período de 2000 a 2019. Para tanto, foram utilizadas as informações produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para que se analise um período de 20 anos (2000 a 2019) é imprescindível a utilização de um índice inflacionário. Nesse sentido, escolheu-se o Índice Nacional de Preços ao

Consumidor Amplo (IPCA) por ser considerado o índice inflacionário oficial pelo Governo Federal. Considerando-se que os valores informados tratam do repasse anual (e não mensal), adotou-se a inflação pelo IPCA medida entre os meses de junho (meio de cada ano) de modo a se ter uma inflação mais homogênea possível.

Interessante agregar à análise o rendimento nominal mensal domiciliar per capita em 2019 apurado pelo IBGE a partir de informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) e enviados ao Tribunal de Contas da União (TCU).

Com base no informado pelo IBGE foi feita a tabela a seguir que traz o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* por cada região em 2019.

**Tabela 3: Rendimento Nominal Mensal Domiciliar Per Capita 2019 - Região**

Região	População	Rendimento Per Capita Estimado - R\$	% em relação à Média Brasil
Centro-Oeste	16.297.074	1.617,65	112,53%
Nordeste	57.071.654	889,86	61,90%
Norte	18.430.980	882,85	61,41%
Sudeste	88.371.433	1.770,97	123,19%
Sul	29.975.984	1.740,69	121,08%
<b>Total- Brasil</b>	<b>210.147.125</b>	<b>1.437,58</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: PNAD Contínua 2019 - IBGE

Pela tabela acima, é possível a estratificação do Brasil em 2 blocos de acordo com os níveis de renda *per capita*: o primeiro que agrega as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (64,07% da população do país) que têm rendimento *per capita* acima (de 12 a 23%) da média nacional; e o segundo bloco que traz as regiões Nordeste e Norte (35,93% da população do país) com rendimento *per capita* quase 39% abaixo da média nacional.

Com base nos dados coletados, calculou-se para cada ano os valores *per capita* dos repasses de APS + PMM para cada região, atualizando-se os valores pelo IPCA de junho de cada ano para junho/2019.

A tabela a seguir traz os valores *per capita* de APS + PMM por região também atualizados pelo IPCA de junho de cada ano para junho/2019.

**Tabela 4: Valores anuais federais Per Capita para APS (transferências + PMM) por Região - Atualizados pelo IPCA/2019**

ANO	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
2000	50,31	62,83	54,08	41,45	46,36	<b>49,76</b>
2001	48,53	59,57	49,72	36,97	43,81	<b>46,09</b>
2002	55,6	64,44	56,3	41,43	50,24	<b>51,3</b>
2003	51,71	60,8	53,03	40,32	48,05	<b>48,96</b>
2004	56,28	70,67	57,45	43,54	53,72	<b>54,56</b>
2005	60,92	79,43	64,5	44,22	52,95	<b>58,05</b>
2006	67,56	88,12	76,28	50	60,7	<b>65,46</b>
2007	77,23	100,14	91,71	57,52	67,4	<b>75,03</b>
2008	77,98	101,93	98,18	59,12	69,54	<b>77,1</b>
2009	76,19	102,13	94,58	58,41	68,04	<b>76,23</b>

2010	84,07	115,32	100,93	65,01	75,13	<b>84,86</b>
2011	89,21	121,18	107,97	68,03	77,98	<b>89,15</b>
2012	98,84	137,69	112,46	81,59	94,59	<b>102,92</b>
2013	89,2	122,52	102,76	74,21	87,87	<b>93,1</b>
2014	100,63	137,19	118,43	84,85	102,94	<b>105,98</b>
2015	96,26	134,28	113,24	82,64	99,55	<b>102,99</b>
2016	92,81	137,97	116,06	82,26	103,74	<b>104,42</b>
2017	91,91	143,34	115,82	81,13	105,21	<b>105,54</b>
2018	103,8	169,11	128,46	85,67	112,31	<b>117,32</b>
2019	109,26	180,87	141,97	89,61	115,89	<b>124,26</b>
<b>Cresc. 2019 / 2000</b>	<b>117,17%</b>	<b>187,87%</b>	<b>162,52%</b>	<b>116,19%</b>	<b>149,98%</b>	<b>149,72%</b>

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde e do IBGE

Analisando-se os dados da tabela acima, nota-se que houve aumento real dos valores federais destinados à APS no período de 2000 a 2019. As regiões com menores rendas *per capita* (Nordeste e Norte) foram proporcionalmente as que mais receberam recursos, seguida das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

Ainda, verifica-se que o valor médio per capita repassado no país em 2019 (R\$ 124,26) foi, em termos reais, 149,72% maior que o do ano de 2000 (R\$ 49,76), demonstrando o forte crescimento dos repasses no período. Nesse sentido, também se destacam os crescimentos observados em relação às regiões Nordeste (187,87%) e Norte (162,52%).

Os dados dessa série história indicam que há uma tendência de ampliação real dos valores federais aplicados, embora outros estudos indicam que a participação federal no financiamento da APS não está em expansão ao longo dos anos. Indicam também que os recursos federais têm sido priorizados para regiões de menor renda que, a princípio, são as que possuem mais necessidades reprimidas.

Convém destacar que essa tendência de expansão real dos montantes de recursos federais aportados também é observada em relação à média e alta complexidade (MAC), conforme se observa na tabela a seguir, que indica os valores repassados na modalidade fundo a fundo para esse nível de atenção, corrigidos pelo IPCA de junho de cada ano para junho/2019.

**Tabela 5: Valores dos repasses federais para MAC (em R\$)**

ANO	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	TOTAL
2000	346.182.658,81	718.241.570,14	198.693.947,13	1.869.400.979,35	1.030.383.333,66	<b>4.162.902.489,09</b>
2001	548.702.402,77	1.205.395.398,62	241.381.581,62	2.524.346.819,61	1.360.382.177,90	<b>5.880.208.380,52</b>
2002	637.871.283,25	1.424.968.425,33	315.473.005,01	2.689.496.834,44	1.296.091.226,14	<b>6.363.900.774,17</b>
2003	849.555.423,78	1.866.345.228,57	390.932.702,62	4.289.282.258,31	1.725.225.636,39	<b>9.121.341.249,67</b>
2004	957.887.590,26	3.151.509.759,94	694.848.003,81	6.732.433.661,55	2.339.290.065,88	<b>13.875.969.081,44</b>
2005	1.033.402.215,09	3.807.994.816,10	895.550.483,29	7.136.078.750,61	2.493.336.143,62	<b>15.366.362.408,71</b>
2006	1.150.107.355,32	4.440.874.787,86	1.015.052.380,68	8.538.403.762,78	2.758.945.449,34	<b>17.903.383.735,98</b>
2007	1.417.680.031,10	5.693.341.003,38	1.254.130.627,42	10.657.522.260,40	3.287.661.285,88	<b>22.310.335.208,18</b>
2008	1.573.147.678,95	6.485.331.676,78	1.448.648.185,63	10.413.561.983,21	3.609.051.350,56	<b>23.529.740.875,13</b>
2009	1.855.477.613,09	7.178.409.710,83	1.679.013.955,40	11.385.361.933,63	4.051.232.372,06	<b>26.149.495.585,01</b>
2010	2.023.056.065,82	8.117.754.043,25	1.886.688.024,82	12.541.130.539,00	4.498.484.292,55	<b>29.067.112.965,44</b>
2011	2.293.790.486,26	9.096.675.897,25	2.013.684.629,48	13.801.345.577,34	4.986.903.747,45	<b>32.192.400.337,78</b>

2012	2.574.522.663,27	10.103.353.472,34	2.362.744.957,47	14.843.771.375,15	5.588.672.353,40	<b>35.473.064.821,63</b>
2013	2.655.319.781,18	10.141.129.140,07	2.495.934.938,04	15.218.865.455,51	5.749.357.382,15	<b>36.260.606.696,95</b>
2014	2.980.334.709,27	11.233.234.577,11	2.793.082.174,32	17.459.228.543,53	6.569.948.470,66	<b>41.035.828.474,89</b>
2015	3.156.427.063,15	11.583.239.566,76	2.979.450.235,07	18.446.684.339,05	6.758.620.634,35	<b>42.924.421.838,38</b>
2016	3.166.406.467,13	11.586.382.776,61	2.908.921.866,06	18.376.056.962,57	6.648.491.964,51	<b>42.686.260.036,88</b>
2017	3.250.872.792,80	12.628.985.022,46	3.191.989.613,30	19.341.595.170,26	7.054.425.578,77	<b>45.467.868.177,59</b>
2018	3.804.661.042,99	14.154.840.718,51	3.375.729.160,36	21.342.807.384,26	8.168.019.504,69	<b>50.846.057.810,81</b>
2019	4.496.628.852,56	14.782.491.161,35	3.845.251.711,66	23.165.601.580,01	8.641.330.419,07	<b>54.931.303.724,65</b>

Fonte: FNS. Site: <https://portalfns.saude.gov.br/publicacoes/> e IBGE

Já a tabela abaixo indica os valores transferidos para MAC ponderados pela população das grandes regiões do Brasil.

**Tabela 6: Repasses federais anuais Per Capita de MAC por Região (em R\$) - Atualizados pelo IPCA/2019**

ANO	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
2000	96,06	48,54	49,7	83,35	132,52	<b>79,14</b>
2001	138,89	75,03	54,83	103,36	160,79	<b>102,62</b>
2002	147,29	81,52	65,28	100,95	140,73	<b>101,83</b>
2003	165,34	90,65	67,98	136,38	158,91	<b>123,62</b>
2004	169,53	141,25	109,26	196,66	198,5	<b>172,72</b>
2005	167,23	157,27	128,37	191,61	194,77	<b>175,79</b>
2006	175,55	174,29	136,86	217,37	204,62	<b>194,15</b>
2007	209,42	215,8	167,53	267,33	240,22	<b>236,86</b>
2008	211,55	224,99	176,19	239,18	241,72	<b>228,55</b>
2009	234,66	235,39	192,1	247,27	256,84	<b>239,99</b>
2010	241,35	256,36	199,14	261,61	275,35	<b>255,43</b>
2011	252,95	267,07	196,52	267,72	284,2	<b>262,85</b>
2012	267,23	280,6	216,78	272,46	301,72	<b>273,84</b>
2013	248,51	255,05	206,22	252,83	280,17	<b>253,1</b>
2014	257,96	263,36	213,53	270,21	298,27	<b>266,59</b>
2015	247,26	247,74	206,28	260,25	279,71	<b>253,98</b>
2016	224,71	226,25	182,58	236,5	250,99	<b>230,21</b>
2017	220,95	238,01	192,03	240,03	256,78	<b>236,26</b>
2018	244,48	257,77	191,91	251,52	283,76	<b>252,08</b>
2019	275,92	259,02	208,63	262,14	288,28	<b>261,39</b>
<b>Cresc. 2019 / 2000</b>	<b>187,24%</b>	<b>433,62%</b>	<b>319,78%</b>	<b>214,51%</b>	<b>117,54%</b>	<b>230,29%</b>

Fonte: FNS. Site: <https://portalfns.saude.gov.br/publicacoes/e> IBGE

Diferentemente dos aportes federais na APS, as regiões com menores rendas (Norte, seguida do Nordeste) foram as que menos receberam recursos *per capita* de MAC no período de 2000 a 2019. Por outro lado, verifica-se que o crescimento das transferências para as regiões de menor renda é superior às demais regiões de renda superior à média nacional, com destaque para a região Nordeste, para a qual se verificou crescimento superior a 400%.

Cabe destacar que, ao contrário dos aportes em APS, as transferências para MAC possuem forte vinculação com a estrutura de oferta de serviços. Por isso, localidades com mais estrutura ambulatorial e hospitalar tendem a receber mais recursos federais para financiamento da MAC, o que justifica os valores per capita superiores nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Já o

crescimento maior nas regiões Norte e Nordeste indicam a atuação do Governo Federal nesse segmento voltado à redução das desigualdades regionais, sobretudo com o crescimento das ações de MAC vinculadas a incentivos.

Pelo exposto, verifica-se que os aportes federais tanto para APS quanto para MAC apresentaram crescimento real ao longo dos anos. Não é escopo dessa avaliação explorar se esse patamar de gasto é adequado, embora a literatura normalmente aponte para o sub financiamento do SUS se comparado a outros sistemas universais de saúde.

A partir desses dados relacionados aos aportes de recursos federais, explora-se a relação APS / MAC como um indicador sobre a tendência do modelo de atenção à saúde preponderante no país. A tabela a seguir indica essa proporção entre os valores federais aportados na APS divididos pelos valores transferidos para MAC.

**Tabela 7: Indicador dos aportes federais em APS / transferências para MAC**

ANO	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
2000	0,52	1,29	1,09	0,5	0,35	0,63
2001	0,35	0,79	0,91	0,36	0,27	0,45
2002	0,38	0,79	0,86	0,41	0,36	0,5
2003	0,31	0,67	0,78	0,3	0,3	0,4
2004	0,33	0,5	0,53	0,22	0,27	0,32
2005	0,36	0,51	0,5	0,23	0,27	0,33
2006	0,38	0,51	0,56	0,23	0,3	0,34
2007	0,37	0,46	0,55	0,22	0,28	0,32
2008	0,37	0,45	0,56	0,25	0,29	0,34
2009	0,32	0,43	0,49	0,24	0,26	0,32
2010	0,35	0,45	0,51	0,25	0,27	0,33
2011	0,35	0,45	0,55	0,25	0,27	0,34
2012	0,37	0,49	0,52	0,3	0,31	0,38
2013	0,36	0,48	0,5	0,29	0,31	0,37
2014	0,39	0,52	0,55	0,31	0,35	0,4
2015	0,39	0,54	0,55	0,32	0,36	0,41
2016	0,41	0,61	0,64	0,35	0,41	0,45
2017	0,42	0,6	0,6	0,34	0,41	0,45
2018	0,42	0,66	0,67	0,34	0,4	0,47
2019	0,4	0,7	0,68	0,34	0,4	0,48

Fonte: FNS. Site: <https://portalfns.saude.gov.br/publicacoes/e/IBGE>

Chama a atenção que, no primeiro ano da série (2000), os valores transferidos pelo Governo Federal para a atenção primária nas regiões Norte e Nordeste foi superior aos valores transferidos para MAC. Essa proporção logo se inverteu e se manteve em declínio até próximo de 2010 para todo o país. A partir de 2011 se verifica uma inversão da tendência, onde o crescimento dos valores destinados à APS é superior ao crescimento dos valores para MAC.

Conforme destacado na tabela acima, em diversos momentos os montantes federais destinados à APS foram superiores às transferências para MAC nas regiões Norte e Nordeste, o que não é comum nas demais regiões.

Destaca-se que a proposta nº 70 do Eixo 3 (financiamento) da 16ª Conferência Nacional de Saúde é no sentido de que se deve aumentar a proporção de recursos públicos investidos na atenção básica. No caso em tela, verifica-se que a proporção de recursos federais destinados à APS em relação ao total destinado à atenção à saúde tem aumentado nos últimos anos,

conforme proposta da instância máxima de governança do SUS (Conferência Nacional de Saúde). Essa proporção, que já chegou a ser de 0,32 em 2009, alcançou o patamar de 0,48 em 2019.

## 2 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Essa avaliação tem como objetivo principal fornecer subsídios para a tomada de decisões nos níveis estratégico e tático em relação à atuação do Governo Federal no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS. Conforme abordado na parte inicial desse relatório, a APS consiste em um conjunto de estratégias que envolve ações individuais e coletivas voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Essas ações são executadas prioritariamente pelos municípios e são apoiadas financeira e tecnicamente por estados e pela União.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde exerce importante função no financiamento da APS por meio de transferências de recursos financeiros de forma regular e automática aos municípios. Também atua de forma significativa no provimento de profissionais de saúde da APS, sobretudo a partir de 2013 com o Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) e pelo posterior Médicos pelo Brasil. Destaca-se que as ações da atenção primária são inerentemente intensivas em mão de obra, fazendo com que os recursos humanos representem o principal fator de produção desse nível de atenção.

Com base nessa compreensão inicial, que indica a relevância das transferências de recursos e do provimento de profissionais, e seguindo a metodologia de atuação do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), as questões avaliativas foram definidas a partir de discussões e debates entre representantes de órgãos da Administração Pública Federal, incluindo o Ministério da Saúde como órgão setorial responsável pela Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, foram definidas as seguintes questões de avaliação:

**Questão 1:** Qual é o impacto dos gastos federais com a Atenção Primária à Saúde sobre os gastos com a Média e Alta Complexidade?

**Questão 2:** Qual o perfil dos profissionais que atuam na atenção primária? Qual o perfil dos que permanecem por períodos superiores a dois anos?

**Questão 3:** Qual o impacto orçamentário-financeiro da mudança no financiamento federal da APS a partir de 2020, considerando os recursos aplicados em APS pelas três esferas de governo no ano de 2019?

Para responder a essas questões, foram executadas análise sobre dados e documentos oficiais relativos à APS. Foram adotados conceitos da publicação “Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise Ex Post”, quando cabível, bem como de outros referenciais bibliográficos. Essa avaliação foi executada pela Controladoria-Geral da União (CGU) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Visando a fluidez e a concisão, os principais resultados da avaliação estão apresentados nos tópicos a seguir. Os detalhamentos técnicos e metodológicos são apresentados em apêndices que integram esse documento.

## 2.1 Impacto dos gastos federais com Atenção Primária sobre gastos com Média e Alta Complexidade

### 2.1.1 Contextualização

As discussões a respeito do modelo de atenção à saúde usualmente expõem uma falsa dicotomia entre ações preventivas e ações curativas. O pressuposto é de que o enfraquecimento das ações preventivas e de promoção da saúde tende a resultar na deterioração das condições de saúde da população, o que acarreta a elevação das necessidades de tratamentos e de outros serviços de maior complexidade. Pela simetria, a expansão das ações preventivas reduziria a pressão sobre as ações curativas. Essa hipótese é o que norteia essa questão de avaliação.

Considerando o modelo brasileiro originalmente assentado em uma lógica de hierarquização entre níveis de atenção à saúde, essa premissa pode ser transcrita como se o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) acarretasse a redução das necessidades relacionadas à Média e Alta Complexidade (MAC). Transportando o raciocínio para uma abordagem financeira, tem-se que os gastos per capita com APS são naturalmente inferiores aos gastos per capita com MAC em qualquer sistema de saúde. A suposição que surge é de que a elevação dos gastos com APS implicaria na diminuição da necessidade de expansão dos gastos com MAC.

Estudos nacionais e internacionais exploram essa relação entre as ações de atenção primária e os serviços de média e alta complexidade. Aguilera et al (2013), indica que o acesso aos serviços de MAC pelo SUS apresenta-se como um importante problema em diversas localidades e pondera que uma parcela da demanda assistencial encaminhada à MAC ocorre devido à baixa resolutividade na APS.

Sobre isso, Ferreira et al (2014) destaca que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os investimentos na APS repercutem diretamente na eficiência dos sistemas de saúde como um todo. Em que pese a validade da premissa de que uma atenção primária resolutiva contribui para a eficiência do sistema de saúde como um todo, a literatura indica que a relação entre os gastos com atenção primária e os gastos com atenção especializada não é bem definida. Nesse sentido, estudo de Kringos et al (2013) conclui, a partir de dados da União Europeia, que os gastos totais com saúde são mais altos em locais que possuem atenção primária forte, embora a resolutividade da atenção primária esteja associada à diminuição do ritmo de crescimento dos gastos totais em saúde. Na mesma linha, Delnoij et al (2000), considerando dados de 18 países da OCDE, aponta que os gastos no nível ambulatorial crescem mais lentamente nas localidades que possuem sistema de ordenamento do fluxo centrado na atenção primária, mas que não há significância estatística na relação entre tal característica da APS e redução dos custos com cuidados especializados.

Uma das explicações apontadas pelos autores é o fato de que o fortalecimento das estruturas de atenção primária tende a aprimorar ações de rastreamento e diagnóstico de condições a serem tratadas na média e na alta complexidade e em outras estratégias de saúde. Assim, o fortalecimento da atenção primária aumenta a demanda pelas ações e serviços de saúde como um todo, e, conseqüentemente, do gasto total com saúde. Esse efeito se contrapõe, em alguma medida, aos ganhos de eficiência decorrentes da maior resolutividade da atenção primária,

fazendo com que não exista significância estatística entre a expansão dos gastos com APS e a retração dos gastos totais em saúde.

Em relação à realidade do sistema de saúde brasileiro, uma publicação do Banco Mundial intitulada “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”<sup>xiv</sup> (2018), recomenda (Recomendação 3 – pág. 11) “expandir e fortalecer a cobertura da APS”, citando que os resultados do estudo sobre eficiência do SUS apontam uma correlação entre a eficiência da APS e a da MAC, correlação esta que é mais forte quanto mais eficiente é a APS. E assim conclui:

*“Isto mostra o grande potencial da APS para melhorar o desempenho do sistema mesmo com os atuais arranjos institucionais e de prestação de serviços, e o potencial que uma APS mais forte e integrada terá para a sustentabilidade do SUS. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) cobre aproximadamente 65% da população brasileira; a análise de eficiência mostra que, quanto mais ampla a cobertura, mais eficiente será a APS (de 0,57 nos municípios com até 20% de cobertura a 0,65 nos municípios com mais de 80% de cobertura). A extensão da APS a 100% resultaria em ganhos de eficiência de pelo menos 0,03% do PIB. Com base no atual gasto per capita na APS, esta expansão exigiria um investimento de aproximadamente R\$13 bilhões para investimento e custeio.”*

Por um lado, se espera ganhos de eficiência com o aumento da resolutividade da Atenção Primária. Por outro há um efeito de expansão da cobertura do sistema como um todo decorrente do fortalecimento da APS. Com isso, a literatura indica que o aumento dos gastos com atenção primária não resulta necessariamente em diminuição de outros gastos com saúde, embora tenha implicações em relação ao ritmo de expansão do gasto total.

No entanto, existe um conjunto de serviços ofertados nos níveis ambulatorial e hospitalar que poderiam ser evitados com o aumento da resolutividade da atenção primária. Nesse contexto, existem indicadores da atividade hospitalar utilizados como medida da efetividade da atenção primária em saúde. Um desses indicadores, denominado *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), foi desenvolvido na década de 1990 nos Estados Unidos como corolário do conceito de mortes evitáveis e é usado como indicador de acesso e qualidade desse nível de atenção (Ferreira et al; Projeto ICSAP Brasil).

No Brasil, a primeira Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foi divulgada pela Portaria nº 221, de 17/04/2008, do Ministério da Saúde, sendo considerada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

A lista de ICSAP inclui 19 grupos de causas de hospitalização e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-10): doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsias; infecção no rim e trato urinário; infecção da

pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal; e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

A classificação como sensíveis à atenção básica não deve ser confundida como internações evitáveis, afinal as internações por ICSAP existirão mesmo em cenário hipotético de APS totalmente resolutiva. O que se espera, no entanto, é que as ICSAP sejam inversamente proporcionais ao desenvolvimento da APS, conforme se depreende do trecho a seguir do relatório do Banco Mundial<sup>xv</sup> de 2017 dirigido ao Brasil, acerca da análise e eficiência do gasto público em saúde:

“Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária, com o estabelecimento da atenção primária como porta de entrada ao sistema (*gate keeping*). Isso reduziria o número de hospitalizações (em aproximadamente 30%) e reduziria gastos – nós estimamos em R\$ 1,2 bilhões os gastos com internações por causas sensíveis à atenção primária apenas para doenças cardiovasculares” (grifo nosso).

Assim, a partir da análise das taxas de ICSAP é possível avaliar o desempenho dos serviços de saúde e a resolutividade, qualidade e acessibilidade da APS. Para os diagnósticos listados, há medidas preventivas e oportunas, além de tratamentos ambulatoriais, ou seja, causas evitáveis pela atuação precisa, resolutiva e eficiente das equipes de atenção primária<sup>xvi</sup>.

Nesse contexto, alguns estudos buscam estimar o impacto de estratégias da APS na redução de indicadores específicos de saúde, tais como mortalidade infantil e ICSAP. Como estudos nesse sentido, citam-se Macinko et al (2006), Cavalcante et al (2018), Mafra (2010), Guanais et al (2009), Rasella et al (2014), Aquino et al (2009) e Russo et al (2020).

Mafra (2010) identifica que o aumento das taxas de cobertura das equipes de saúde da família está associado à diminuição das internações por condições sensíveis. Já Guanais et al (2009), estimou que entre 1999 e 2002, a expansão dos programas de atenção primária (PSF e PACS) resultou em quase 126.000 hospitalizações a menos em três condições (diabetes mellitus, problemas respiratórios e problemas circulatórios) do que seria esperado na ausência dos programas, representando uma economia geral de custos de aproximadamente 120 milhões de reais em 2007, o que equivalia a aproximadamente 63 milhões de dólares americanos.

Conforme apontado por Castro<sup>xvii</sup> et al., em seu texto de 2015, apesar de diferentes estudos sugerirem um impacto positivo da expansão da ESF na redução de internações, os índices de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil permanecem elevados – em geral, acima de 20% das internações – em comparação a outros países com sistemas de saúde universais, tais como Espanha e Austrália, que apresentam taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em torno de 7% a 13%, respectivamente.

Destacam os autores que, além da cobertura da ESF, outros fatores, de forma diferenciada entre as regiões do país, estão associados à ocorrência de internações por condições sensíveis: condições socioeconômicas, demográficas, oferta de serviços e de profissionais médicos. Dentre as variáveis investigadas que mostraram correlação negativa com as ICSAP, destacaram-se o IDH-M e o total de médicos por mil habitantes. Nesse sentido, o estudo identificou uma associação entre uma maior disponibilidade de médicos por mil habitantes e a menor ocorrência de ICSAP.

Na mesma toada, o estudo de Russo et al. demonstra que o PMM reduziu as ICSAP, sendo que a maior redução nas taxas de internações foi dos municípios de alta vulnerabilidade que tiveram maior tempo de exposição ao PMM (3 anos). Os resultados do estudo também mostraram alta persistência da variável dependente, indicando que o volume das internações no passado tende a influenciar a taxa de internação atual. Em outros termos, municípios que possuíam alta taxa de ICSAP continuavam a apresentar taxa elevada no ano seguinte, de modo que é necessário um período maior para que seja possível observar mudanças significativas

Mafra destacou que o aumento da cobertura das ESFs e o cadastramento da população se mostrou relacionado à diminuição do tempo de permanência dos pacientes internados nos hospitais, assim como dos valores envolvidos com essas hospitalizações. Por outro lado, o autor observou que a associação da cobertura das ACS ao aumento de algumas taxas de internações de municípios do Norte e Nordeste poderia indicar, ainda, que a atenção primária também estava funcionando como elemento capaz de viabilizar hospitalizações necessárias em regiões carentes de serviços de saúde.

Em artigo de Andrade<sup>v</sup> et al., os autores verificaram que, ao longo de 15 anos (1998 a 2012), o aumento na captação e cobertura do PSF não foi homogêneo entre os municípios e foi positivamente associado: ao pequeno tamanho da população e baixa densidade populacional; à baixa cobertura de seguro saúde privado; ao baixo nível de desenvolvimento econômico; ao alinhamento do partido político do Prefeito e do Governador do estado; e à disponibilidade de oferta de saúde.

### 2.1.2 Metodologia

Considerando os achados da literatura e a questão definida nessa avaliação, foi realizada um estudo longitudinal do tipo painel voltado a explorar variáveis relacionadas a gastos federais com atenção primária e com a média e alta complexidade.

Importante destacar que os gastos federais, nesses casos, correspondem às transferências de recursos a Estados e Municípios que, com o aporte de recursos próprios, gerenciam suas redes de atenção à saúde. Nesse sentido, uma limitação nesse tipo de análise diz respeito à composição dos gastos realizados no âmbito local, uma vez que os dados disponíveis a respeito da execução financeira do SUS não são suficientes para segregar as aplicações por fonte e por subfunção orçamentária. Além disso, as variações em relação à composição dos gastos em saúde no território brasileiro afastam a construção teórica em relação à possível relação de causa e efeito apenas sobre a parcela das transferências federais.

Por isso, foi construído um modelo que utiliza variáveis quantitativas que representam indiretamente os gastos federais tanto na APS como na MAC.

Como variável a serem explicadas, foi considerada a quantidade de internações por causas sensíveis à atenção primária (ICSAP), conforme registros do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Embora os valores dessas internações não representem necessariamente o custo dos tratamentos ou o pagamento realizado pelo SUS em favor do prestador, considerou-se essa variável como um indicador da participação federal no financiamento da média e alta complexidade.

Isso porque os valores das internações registrados no SIH/SUS são utilizados como referência para o cálculo do limite financeiro da média e alta complexidade dos estados e municípios. Nesse sentido, se determinada localidade aumenta a quantidade e os valores das internações por causas sensíveis à atenção básica, é esperado que a União aumente os valores transferidos regularmente àquela localidade. O inverso também é verdadeiro, ou seja, diminuição das internações registradas deve resultar em redução proporcional dos valores transferidos. A partir dessa premissa da vinculação entre produção hospitalar e transferências federais, tem-se que os valores das internações registradas no SIH/SUS é uma *proxy* da participação federal no financiamento daquele serviço.

Já em relação às variáveis explicativas, utilizou-se como variável de interesse as taxas de cobertura da APS, incluindo o percentual de cobertura da atenção básica e o percentual de cobertura dos agentes comunitários de saúde. De forma análoga à variável explicada, essas variáveis de interesse são uma *proxy* do gasto federal com a atenção primária, posto que o principal critério para a distribuição dos recursos federais para custeio da atenção primária é a cobertura da estratégia de saúde da família. Além disso, essas variáveis de cobertura incluem outro importante gasto federal com a APS que é o provimento de profissionais pelo Programa Médicos pelo Brasil (antigo Mais Médicos).

Com isso o modelo foi construído a partir de dois indicadores de saúde (ICSAP e Cobertura da APS) como *proxys* do gasto federal. Alterações nessas variáveis implicam em alterações nas transferências de recursos federais. Logo, a hipótese de que a expansão da cobertura da APS contribui para redução das ICSAP pode ser interpretada, de forma indireta, como aumento dos gastos federais com APS implicando na redução de gastos federais como ICSAP. Afinal, a transferência federal não é um fim em si própria, capaz de resultar em variações nos indicadores de saúde. Ela é parte de um processo de financiamento de ações e serviços de saúde e, esses sim, têm o condão de mudar condições de saúde.

Além das variáveis explicadas e das variáveis de interesse, o modelo da regressão em painel considera outras variáveis de controle, conforme apontado em estudos considerados como referência para a presente análise. O quadro a seguir indica as variáveis do modelo.

**Quadro 8: Descrição das variáveis do modelo de regressão em painel**

VARIÁVEL	TIPO DE VARIÁVEL	DESCRIÇÃO
qAIH	Variável Explicada (dependente)	Quantidade de AIH por condição sensível para a atenção primária aprovadas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)
vAIH	Variável Explicada (dependente)	Valor total das AIH por condição sensível para a atenção primária aprovadas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)
Cob. AB	Variável Explicativa – Interesse	Percentual de Cobertura da Atenção Básica por macrorregião em relação à população – Sistema e-Gestor – Atenção Básica
Cob. ACS	Variável Explicativa – Interesse	Percentual de Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde por macrorregião em relação à população – Sistema e-Gestor – AB
Despesa MAC mun.	Variável Explicativa – Controle	Estimativas das despesas municipais de MAC + Assistência Farmacêutica, ponderada pela população e pelo PIB – estimativa de IPEA (no prelo)
Despesa MAC es.	Variável Explicativa – Controle	Estimativas das despesas estaduais de MAC + Assistência Farmacêutica, ponderada pela população e pelo PIB – estimativa de IPEA (no prelo)
Transf. MAC mun.	Variável Explicativa – Controle	Valores transferidos pelo Governo Federal aos municípios a título de MAC + Assistência Farmacêutica, ponderada pela população e pelo PIB – estimativa de IPEA (no prelo)

Transf. MAC est.	Variável Explicativa – Controle	Valores transferidos pelo Governo Federal aos estados a título de MAC + Assistência Farmacêutica, ponderada pela população e pelo PIB – estimativa de IPEA (no prelo)
Perc. Emprego Cob. CadUnico	Variável Explicativa – Controle	Percentual de empregados na localidade, conforme microdados RAIS e CAGED
Prop. Partido	Variável Explicativa – Controle	Percentual de pessoas inscritas no Cadastro Único (CadUnico)
Prop. Coligação	Variável Explicativa – Controle	Proporção de prefeitos do mesmo partido do governador na macrorregião de saúde, conforme dados do TSE
		Proporção de prefeitos da mesma coligação do governador na macrorregião de saúde, conforme dados do TSE

Fonte: Elaboração própria, com dados do SIH/SUS, do IBGE, do E-Gestor/AB, do IPEA, da RAIS, do CAGED, do CadUnico e do TSE

Todas as variáveis foram agrupadas no nível de macrorregião de saúde, que corresponde ao lócus geográfico ideal para a organização dos serviços de alta complexidade. Nesse sentido, o agrupamento por macrorregião evita distorções na análise decorrente do fluxo de pacientes na lógica da regionalização do SUS, sobretudo para o acesso a internações, que é a variável explicada.

O modelo foi executado no software R, com o uso dos seguintes pacotes: tidyverse, microdatasus, read.dbc, RODBC, reshape2, data.table, stringi, electionsBR, rvest, plm, texreg, webshot, ggplot2 e qwraps2.

Foram considerados dados de 2008 a 2018. Trata-se de um painel não balanceado, ou seja, com caso de informações faltantes para alguns indivíduos em alguns tempos. Ao todo, são 1.144 observações.

### 2.1.3 Resultados

De modo a selecionar uma técnica de estimação que melhor se adeque às características dos dados, foram realizados testes estatísticos específicos. O primeiro deles foi o teste de *Chow* (Teste F), usando o teste do comportamento da amostra, verificando se esta é realmente constante, e assim, poder-se assumir o modelo com dados empilhados como o mais adequado. Neste modelo, leva-se em consideração que todos os indivíduos possuem o mesmo comportamento, desconsiderando o efeito do tempo e o efeito individual. Também foi executado o teste de Breusch-Pagan a fim de testar a heteroscedasticidade do modelo. Os resultados mostraram que não foi possível se rejeitar a hipótese nula, onde se assume que os coeficientes são estáveis entre os indivíduos.

Antes de explorar os resultados, importante destacar que esse modelo possui limitações importantes, uma vez que não considera variáveis importantes sobre a dinâmica de financiamento da atenção à saúde e que não podem ser mensurados nesse tipo de abordagem. Além disso, existem variáveis multicolineares no modelo, tais como a cobertura da ACS e de equipes da APS. Apesar disso, trata-se de um esforço importante para visualizar de que forma os níveis de atenção básico e especializado se interrelacionam ao longo do tempo e dentro do território nacional.

O modelo considerou três grupos de variáveis explicativas, são elas: MAC, APS e Controle. Os resultados estão dispostos na tabela a seguir, que demonstra o efeito dos três grupos de variáveis.

**Tabela 9: Resultado de regressão com dados em painel, tendo a quantidade de internações por CSAB como variável explicada**

	<b>Modelo MAC</b>	<b>Modelo MAC+APS</b>	<b>Modelo completo</b>
<b>Constante</b>			
Intercepto	<b>29.562</b> (0.796)***	<b>25.286</b> (1.002)***	<b>25.939</b> (1.230)***
<b>MAC</b>			
Despesa MAC mun.	<b>-0.791</b> (0.107)***	<b>-0.634</b> (0.103)***	<b>-0.759</b> (0.105)***
Despesa MAC est.	<b>-0.276</b> (0.058)***	<b>-0.164</b> (0.057)**	<b>-0.205</b> (0.057)***
Transf. MAC mun.	<b>1.232</b> (0.164)***	<b>0.761</b> (0.163)***	<b>0.879</b> (0.163)***
Transf. MAC est.	<b>1.754</b> (0.209)***	<b>1.110</b> (0.209)***	<b>1.213</b> (0.208)***
<b>APS</b>			
Cob. AB		<b>0.041</b> (0.015)**	0.003 (0.017)
Cob. ACS		<b>0.078</b> (0.007)***	<b>0.096</b> (0.010)***
<b>Controle</b>			
Perc. emprego			-0.000 (0.000)
Cob. CadÚnico			<b>0.074</b> (0.014)***
Prop. Partido			0.014 (0.020)
Prop. Coligação			0.000 (0.014)
R <sup>2</sup>	0.126	0.212	0.233
Adj. R <sup>2</sup>	0.123	0.207	0.226
Num. obs.	1144	1144	1144

\*\*\* p < 0.001; \*\* p < 0.01; \* p < 0.05

Fonte: Elaboração própria

Além desse modelo geral, realizou-se um teste de heterogeneidade dos coeficientes do modelo presente acima para cada grande região do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). O objetivo foi o de verificar se os efeitos são os mesmos por Região. Os resultados constam na tabela a seguir, que mostra que tais efeitos não são homogêneos entre as Regiões.

**Tabela 10: Resultado de regressão com dados em painel (por grandes regiões), tendo a quantidade de internações por CSAB como variável explicada**

	NO	NE	SE	SU	CO
<b>Constante</b>					
Intercepto	<b>19.353</b> (6.405)**	-3.210 (4.362)	<b>11.664</b> (1.824)***	<b>18.173</b> (3.725)***	6.807 (6.945)
<b>MAC</b>					
Despesa MAC mun.	<b>-0.705</b> (0.287)*	-0.083 (0.169)	<b>-0.492</b> (0.198)*	-0.119 (0.362)	<b>-0.971</b> (0.297)**
Despesa MAC est.	0.005 (0.159)	-0.177 (0.109)	0.292 (0.216)	0.179 (0.192)	<b>-0.533</b> (0.187)**
Transf. MAC mun.	<b>2.344</b> (0.552)***	<b>0.542</b> (0.237)*	<b>1.361</b> (0.398)***	<b>2.659</b> (0.729)***	<b>2.258</b> (0.538)***
Transf. MAC est.	0.070 (0.674)	<b>1.997</b> (0.321)***	1.403 (0.801)	0.957 (0.582)	<b>3.533</b> (0.865)***
<b>APS</b>					
Cob. AB	-0.034 (0.062)	<b>0.147</b> (0.047)**	0.043 (0.027)	<b>-0.102</b> (0.044)*	<b>0.225</b> (0.082)**
Cob. ACS	<b>0.116</b> (0.027)***	<b>0.115</b> (0.015)***	<b>0.128</b> (0.020)***	<b>0.155</b> (0.028)***	<b>0.081</b> (0.030)**
<b>Controle</b>					
Perc. emprego	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	<b>0.000</b> (0.000)*
Cob. CadUnico	0.068 (0.039)	<b>0.119</b> (0.018)***	<b>0.213</b> (0.031)***	<b>0.328</b> (0.045)***	0.065 (0.045)
Prop. Partido	<b>0.136</b> (0.065)*	-0.080 (0.045)	0.006 (0.024)	<b>-0.099</b> (0.043)*	0.090 (0.046)
Prop. Coligação	0.074 (0.066)	-0.020 (0.021)	-0.020 (0.022)	0.038 (0.037)	<b>-0.081</b> (0.038)*
R <sup>2</sup>	0.324	0.421	0.657	0.402	0.368
Adj. R <sup>2</sup>	0.277	0.404	0.644	0.370	0.324
Num. obs.	154	363	275	198	154

\*\*\* p < 0.001; \*\* p < 0.01; \* p < 0.05

Fonte: Elaboração própria

O tópico a seguir explora os resultados dessa regressão, com base no referencial teórico acerca do tema e na lógica de financiamento da atenção primária à saúde e da média e alta complexidade do SUS.

#### 2.1.4 Considerações

Dentre as variáveis da regressão com significância estatística ( $p < 0,01$ ), apenas aquelas relacionadas aos gastos municipais e estaduais com Média e Alta Complexidade (somado aos gastos com Assistência Farmacêutica) possuem coeficientes negativos. Isso releva uma relação inversa entre as internações por causas sensíveis à atenção primária e os aportes municipais e estaduais em ações de MAC. Ressalta-se que essa variável é ponderada pelo PIB municipal, de modo que representa o nível de desenvolvimento da atenção especializada pelo SUS. Nesse sentido, quanto maior o gasto per capita com MAC em relação ao PIB, menores tendem a ser as taxas de internação por CSAP.

Já em relação aos indicadores específicos da atenção primária, o modelo indica uma relação direta e com significância estatística em relação à cobertura dos agentes comunitários de saúde. Cabe destacar que, dentro da lógica de organização da atenção primária do SUS, os agentes comunitários exercem a importante função de ficarem em contato permanente com as famílias e de exercerem ações de promoção e prevenção da saúde. Trata-se da categoria profissional mais numerosa da APS e uma das que melhor representa a capilaridade e a longitudinalidade da atenção primária.

Nesse sentido, o resultado da regressão indica que a expansão da cobertura do ACS está relacionada ao aumento das internações por causas sensíveis à atenção primária. Essa situação

está alinhada com a hipótese trazida nos referenciais teóricos de que o fortalecimento dos serviços de promoção e prevenção da saúde pode acarretar melhorias em relação ao rastreamento e ao diagnóstico de agravos que necessitem de atenção especializada.

Em relação à perspectiva financeira, que norteia essa presente avaliação, verifica-se que o aumento do gasto federal com APS decorrente da expansão das equipes de saúde da família, que têm os ACS como categoria mais numerosa, não resulta diretamente em diminuição dos gastos com internações por CSAP. Essa conclusão indica que esses dois níveis de atenção não devem ser tratados de forma dicotômica e que a população brasileira ainda apresenta necessidades básicas não atendidas nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Nesse sentido, a expansão da cobertura da atenção primária, que implica na expansão dos gastos públicos nessa área, é uma estratégia que visa conferir maior eficiência ao Sistema, conforme corroborado amplamente pela literatura. Entretanto, os dados aqui trabalhados não indicam que esse ganho de eficiência geraria redução imediata dos gastos, posto que a melhoria da atenção primária tende a revelar necessidades reprimidas.

Quanto às variáveis de controle, verifica-se que dois indicadores relacionados ao desenvolvimento social (nível de emprego formal e cadastro de vulneráveis) apresentam significância estatística no modelo, ou seja, têm relação com a quantidade e os valores das internações por CSAB. Já as variáveis relacionadas aos vínculos políticos entre prefeitos e governadores, seja partidário ou de coligação, não se mostraram significativas.

## 2.2 Perfil dos Profissionais e Tempo de Permanência na Atenção Primária à Saúde

### 2.2.1 Apresentação

A partir da Constituição Federal de 1988 (CF 88), com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta de garantir o acesso universal e equitativo à saúde, por meio de uma rede regionalizada e descentralizada, teve como um dos carros-chefes a expansão da atenção primária em saúde. A proposta considerava a atenção primária como tendo uma função central no sistema de saúde, devendo considerar os problemas de saúde das comunidades, bem como seus determinantes sociais, garantindo o acesso à saúde em locais próximos a residência ou ao local de trabalho das pessoas.

Antes da criação do SUS, já havia experiências de organização da atenção primária em alguns estados e municípios inspirados em modelos de países como Inglaterra, Espanha, Canadá e Cuba, alguns orientados pela medicina preventiva e comunidade, outros com um foco mais em modelos de médico da família (Piola et al, 2013). O que se observa no Brasil a partir dessas experiências internacionais e de governos locais é uma proposta de atuação multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, outros profissionais de enfermagem e outros profissionais de nível superior e médio, para realizar o acompanhamento dos indivíduos ao longo de sua vida (longitudinal), em um território definido para sua atuação.

No período imediatamente posterior a promulgação da CF 88, as equipes de agentes comunitários de saúde (ACS) foram as primeiras a receber incentivos federais para sua implantação. Ao longo da primeira metade dos anos 90, com os debates em torno dos resultados das experiências locais de saúde da família, a proposta de ampliação das equipes tanto em termos territoriais quanto em relação aos profissionais que as comporiam ganha espaço na política nacional e equipes de saúde da família (ESF) passam a receber incentivos federais a partir de 1996, com a criação do Piso de Atenção Básica variável (PAB variável) conformando o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses incentivos eram transferidos conforme o número de equipes, as quais eram compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS. Ao longo do tempo o programa se converte em estratégia de Saúde da Família (eSF), amplia seu escopo e foram criados incentivos para incorporar outros profissionais ou modalidades de equipes (equipes de saúde bucal, núcleos de apoio ao Saúde da família, equipes de saúde da família ribeirinhas, quilombolas, saúde indígena, saúde da população de rua, atenção domiciliar, mais recentemente o Saúde na Hora, entre outros).

Com a expansão da Saúde da Família, aumenta a demanda por profissionais para atuar nas equipes. Há discussões sobre dificuldades para atração e fixação, particularmente de médicos, para atenção primária, principalmente em pequenos municípios, em áreas remotas ou mesmo em algumas áreas mais pobres dos grandes municípios (Girardi et. al., 2010; Campos, Machado, Girardi, 2010, ESPM, 2012; Girardi et al, 2011; Girardi et al, 2013; Vieira e Servo, 2014).

Nesse trabalho, o objetivo é analisar a permanência de médicos e enfermeiros e discutir suas implicações para a organização da atenção primária à saúde no país. Na próxima seção apresentamos alguns indicadores sobre mercado de trabalho de médicos e enfermeiros e

resumimos alguns pontos já analisados por outros autores. Na seção seguinte discutimos a metodologia para análise de indicadores de permanência na atenção primária em saúde. Em seguida, apresentamos os resultados, e, por fim, as considerações finais.

## 2.2.2 Aspectos gerais do mercado de trabalho de médicos e enfermeiros no Brasil

O mercado de trabalho em saúde no período após CF 88 incorpora as mudanças que já vinham acontecendo desde meados dos anos 80, incluindo experiências anteriores de descentralização. Manteve, também, o espaço do emprego no setor privado, principalmente na assistência hospitalar, mas também com a ampliação de clínicas e policlínicas. Segundo Costa e Silva (2002), em 1999, a rede privada era responsável por 41% das ocupações em saúde. Esses autores chamam atenção ainda para o fato de entre 1992 e 1999 ter havido crescimento de empregos médicos tanto no setor público quanto no privado. No setor público, os municípios respondiam pela gestão de 92% dos estabelecimentos públicos.

Em dezembro de 2009, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), havia 2,5 milhões de postos de trabalho em estabelecimentos de saúde no Brasil, sendo 1,36 milhão de profissões de nível superior. Os postos de trabalho para enfermeiros (144,3 mil) representavam 10,6% do total de todos os postos de trabalho de nível superior, ao passo que médicos (856,5 mil) representavam quase 63% desse total. Dez anos depois, em 2019, os postos de trabalho em estabelecimentos de saúde já somavam 4,2 milhões, sendo metade deles para profissionais com nível superior. Os enfermeiros totalizavam 15% (321,8 mil) dos postos de nível superior e os de médico 53,6% (1,13 milhão).

Merece destaque o fato de os médicos ainda continuarem respondendo por mais da metade dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde e, somando aos enfermeiros, responderem por 69% desse total. Em dezembro de 2019, 14% dos médicos tinham apenas uma ocupação e 62% entre 3 e 5 ocupações. As estatísticas que mostram a multiplicidade de vínculos dos médicos são apresentadas, também, no inquérito feito por Scheffer et al (2020). Esses autores destacam a feminização da medicina e a redução da idade média para 45 anos. Os médicos vivem uma situação de pleno emprego, com 93% dos médicos exercendo exclusivamente a medicina. Os médicos especialistas também aderem à primeira especialidade na qual se titularam. Quem mudou de especialidade ao longo da carreira (18% dos médicos) fez isso, em parte, em função de pré-requisitos para cursar outra especialidade (Scheffer et al, 2020).

Nesse mesmo período, pelos dados do CNES, 69% dos enfermeiros tinham uma ocupação e 95% até duas ocupações<sup>1</sup>. No campo da enfermagem, há um crescimento de 52% dos postos de trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem totalizando 831,8 mil postos de trabalhos ocupados em dezembro de 2019. Nesse momento havia 2,58 técnicos ou auxiliares de enfermagem para cada posto de trabalho de enfermeiro em estabelecimentos de saúde e

---

<sup>1</sup> Como unidades domiciliares não são estabelecimentos de saúde, as atividades autônomas em unidades domiciliares não vinculadas às equipes de atenção à saúde ou estabelecimentos de saúde não estão no CNES.

menos de um posto de trabalho de enfermeiro para cada médico<sup>2</sup>. Os profissionais de enfermagem apresentam uma situação distinta a dos médicos em relação ao emprego, incluindo ocuparem postos de trabalho que não exigem a graduação em enfermagem (Der Maas, 2018; Machado et al, 2017).

Quando analisamos os estabelecimentos onde esses postos de trabalho estão, observa-se a predominância das ocupações em unidades hospitalares para médicos (50%), seguido por consultórios ou clínicas (20,5%), sendo apenas 9% dos postos de trabalho médicos (108 mil) em unidades de atenção primária à saúde em dezembro de 2019. Em relação aos enfermeiros, a predominância de postos de trabalho em unidades hospitalares se repete (51%), porém, 23% das ocupações enfermeiros são em unidades de atenção primária.

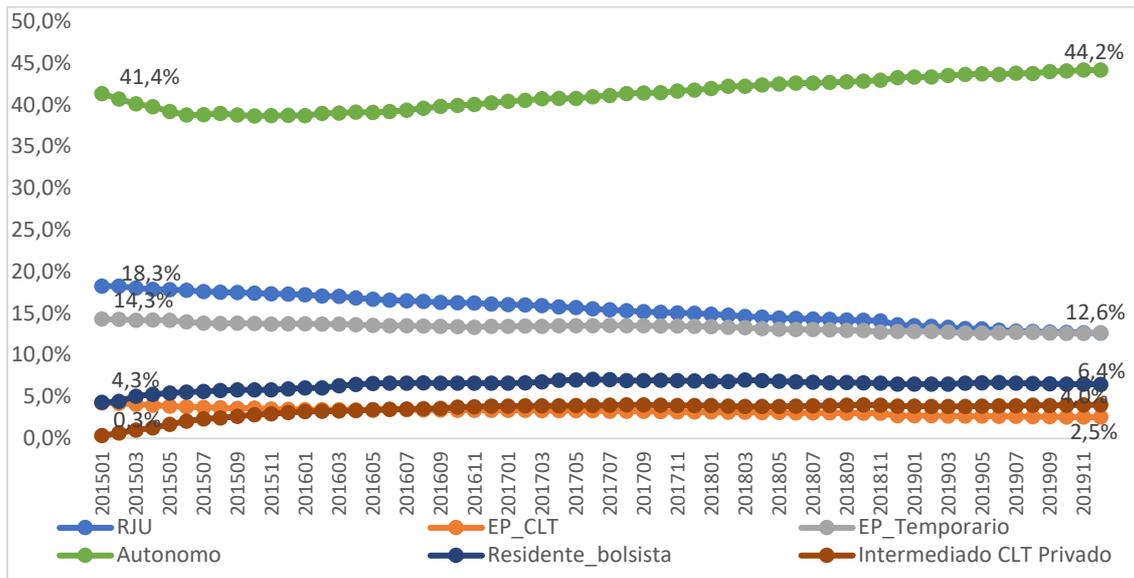
Quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, observa-se importante diferença entre médicos e enfermeiros relacionado ao trabalho em estabelecimentos privados em relação aos estabelecimentos públicos. No caso dos médicos, a maioria dos postos de trabalho era em estabelecimentos privados com e sem fins de lucro (57% em dezembro de 2019). No caso dos enfermeiros, a maioria dos postos de trabalho era em estabelecimentos públicos (67,5%), com predominância dos postos de trabalho em estabelecimentos municipais (47,1%).

No caso dos médicos, o emprego RJU ou com carteira assinada (CLT) não é a regra. A maior parte dos postos de trabalho ofertados para médicos é como autônomo (cerca de 40%), com um aumento entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019. O contrato por RJU não representava nem 20% do total e teve uma redução para 12% do total de postos de trabalho de médicos. Aumentaram, também, as ocupações com bolsas e contrato via CLT intermediado privado (Gráfico 1). As modalidades de contrato por regime jurídico único (empregos públicos estatutários) ou por CLT (público e privado) são maiores para os postos de trabalho de enfermeiros. Os empregos públicos RJU, CLT e por contratação temporária representava 67% das modalidades de contratação em postos de trabalho de enfermeiros em janeiro de 2015 e tiveram uma redução para 56% em dezembro de 2019, parte delas pela redução dos empregos RJU e CLT. Há uma proporção significativa de contratos temporários no setor público. Há aumento dos empregos CLT privados e intermediados por pessoa jurídica de direito privado (Gráfico 2).

---

<sup>2</sup> Há discrepâncias entre os postos ocupados e total de profissionais informados no CNES e aquele dos conselhos de medicina e enfermagem. A origem dessas diferenças só pode ser sanada pelo cruzamento do banco de dados dos conselhos com o CNES, mas isso não foi possível ao longo do curso desse trabalho.

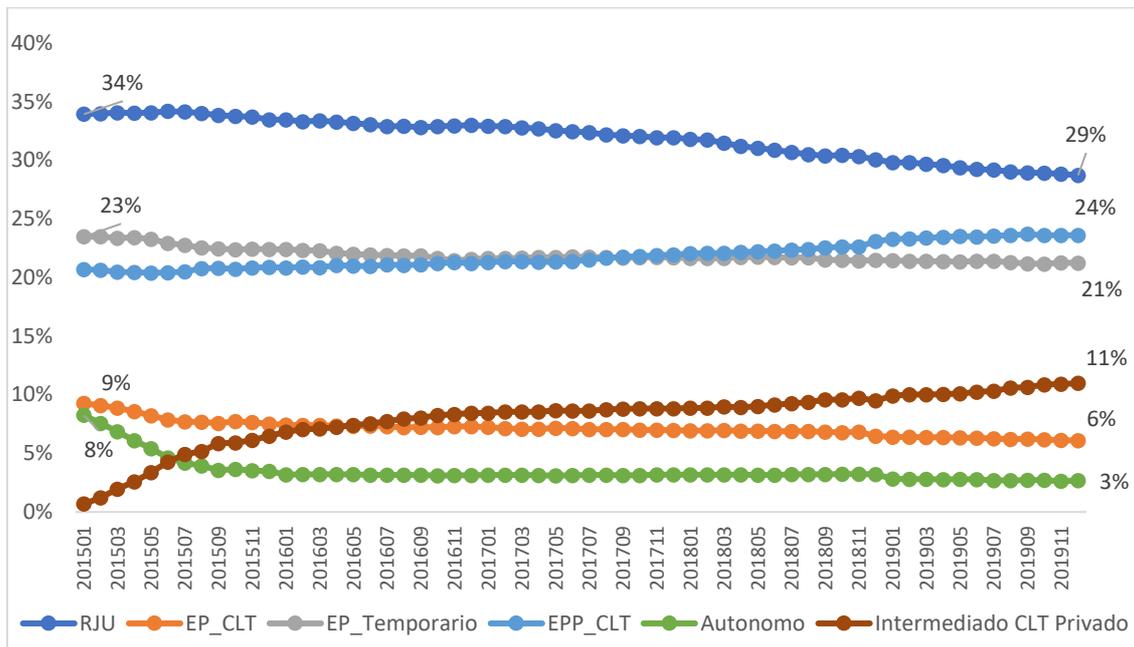
**Gráfico 1: Modalidade de contratos por postos de trabalho ocupados por médicos – Brasil, jan/2015 a dez/2019**



Fonte: Ministério da Saúde. CNES

Siglas – RJU – Regime Jurídico Único; EP\_CLT – emprego público CLT; EP – temporário – emprego público temporário

**Gráfico 2: Modalidade de contratos por postos de trabalho ocupados por enfermeiros – Brasil, jan/2015 a dez/2019**



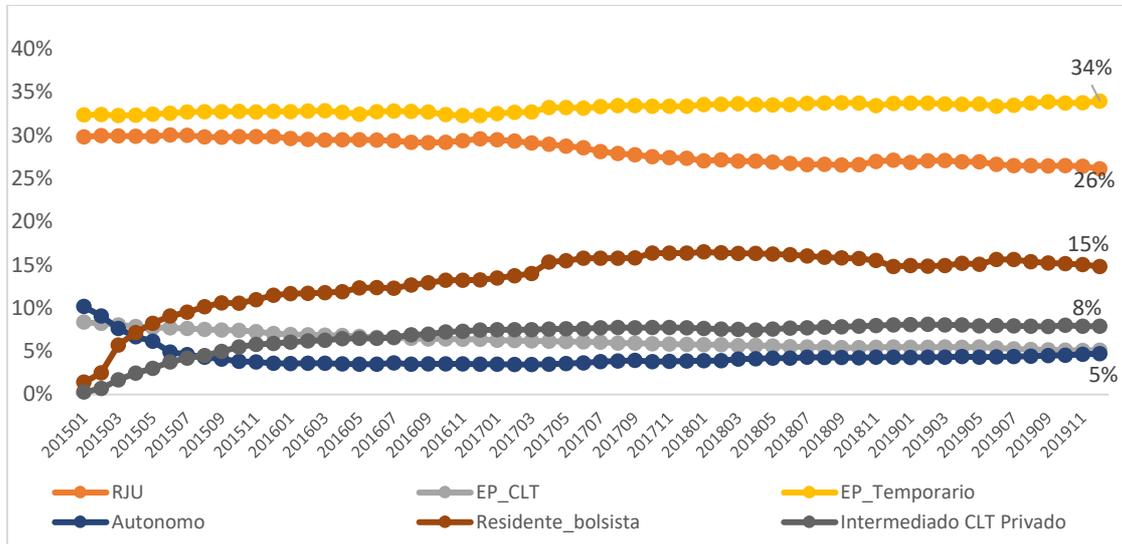
Fonte: Ministério da Saúde. CNES

Siglas – RJU – Regime Jurídico Único; EP\_CLT – emprego público CLT; EP – temporário – emprego público temporário; EPP\_CLT – emprego privado CLT

Analisando especificamente os postos de trabalho em unidades de atenção primária, observa-se que a contratação direta pela administração pública passa a ser a forma predominante para enfermeiros e, também, para médicos (ver Gráficos 3 e 4). No caso dos médicos, há predominância de empregos públicos com contratos temporários, seguido por RJU e bolsas, em

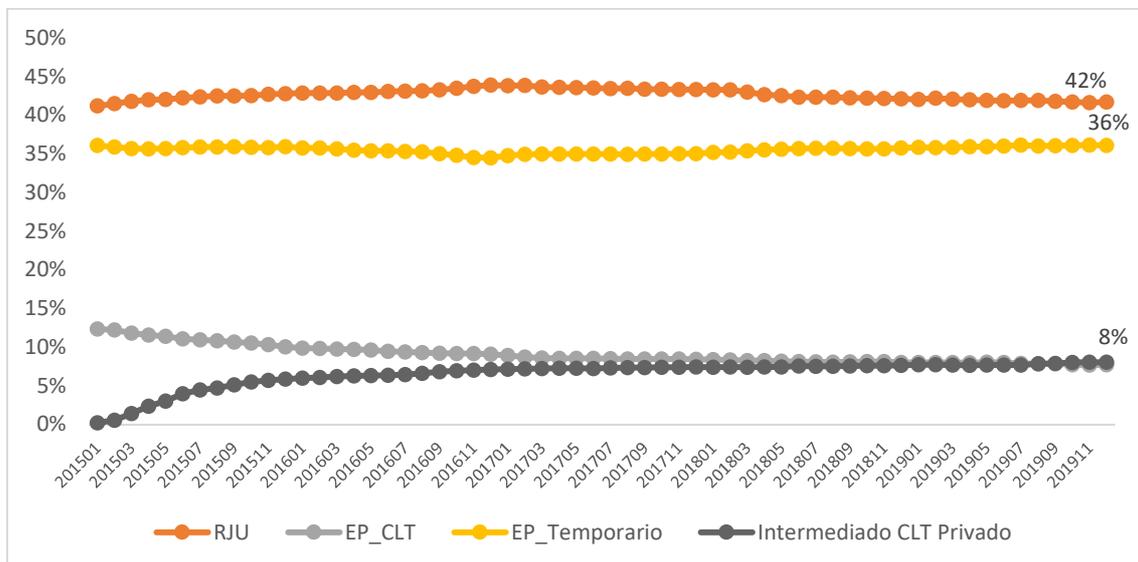
dezembro de 2019. No período observa-se uma redução do RJU e ampliação da participação das bolsas como modalidades de contrato na atenção básica. No caso dos enfermeiros o concurso público por meio do regime jurídico único (RJU) é a modalidade mais importante (42%), seguida de perto pelo emprego público em contratos por tempo determinado (36%).

**Gráfico 3: Modalidade de contratos para postos de trabalho ocupados por médicos em unidades de atenção primária\*– Brasil, jan/2015 a dez/2019**



Fonte: Ministério da Saúde. CNES

**Gráfico 4: Modalidade de contratos por postos de trabalho ocupados por enfermeiros em unidades de atenção primária\*– Brasil, jan/2015 a dez/2019**

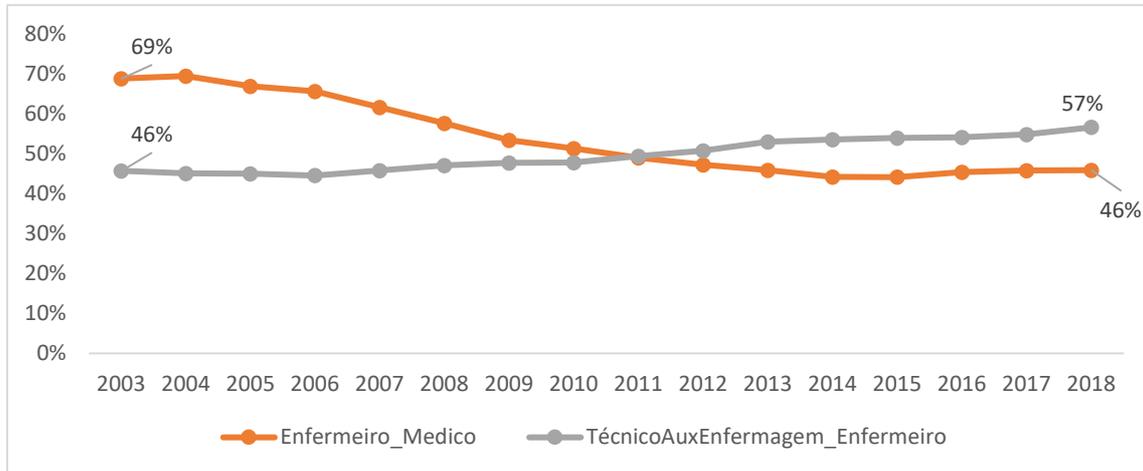


Fonte: Ministério da Saúde. CNES

Quando analisamos a remunerações médias dos postos de trabalho formais, utilizando a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), observa-se que entre 2003 e 2018, a proporção da remuneração média de enfermeiros em relação a remuneração média de médicos reduziu de 69% para 46%, ao passo que a remuneração média de técnicos e auxiliares de enfermagem passou de 46% para 57% da remuneração média de enfermeiros nesse mesmo período. Isso significa que aumentou a diferença da remuneração de enfermeiros para médicos e diminui a diferença entre técnicos ou auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Em inquérito realizado por

Scheffer et al (2020), 45,9% dos médicos declararam receber mais de R\$ 16 mil mensais e outros 17,6% receberiam acima de R\$ 27 mil, sendo comum a dupla prática pública e privada.

**Gráfico 5: Proporção da remuneração média de enfermeiros em relação a médicos e de técnicos e auxiliares de enfermagem em relação a enfermeiros – Brasil, 2003 a 2018**



Fonte: Rais, 2003 a 2018.

Além das diferenças de remuneração, as origens sociais dos concluintes dos cursos graduação de medicina e enfermagem são também bem diferenciadas. Os dados do Exame Nacional de Desempenho do Estudante (ENADE) mostram que mais de 60% dos estudantes de enfermagem têm renda familiar total de até 3 salários-mínimos, sendo que 30% com renda familiar total até 1,5 salário-mínimo. No caso dos estudantes de medicina, mais de 60% eram de família com renda familiar total acima de 6 salários-mínimos, sendo que mais de 30% com renda familiar acima de 10 salários-mínimos.

O início da prática profissional de médicos e enfermeiros apresenta algumas condições comuns, mas muitas diferenças. Como destacado na seção anterior, enquanto os médicos encontram-se em condições de pleno emprego, no caso dos enfermeiros, há situações de desemprego e procura de inserções em ocupações que nem exigiam a graduação.

Há grande desigualdade na distribuição de médicos no Brasil e essa situação não se alterou mesmo com aumento significativo de novos profissionais no país. *“O país ainda convive com locais de hiperconcentração de profissionais e com verdadeiros ‘desertos médicos’, com áreas e municípios desassistidos ou com serviços e estruturas do SUS nas quais faltam médicos ou há dificuldade de retenção e reposição de profissionais”* (Scheffer et al, 2020, p. 163).

Merece destaque o fato de a maioria dos médicos não tenderem a mudar de unidade da federação ao longo de sua carreira (Scheffer et al, 2020). Com isso, a escolha inicial do local da prática profissional é muito importante para definir a distribuição geográfica desses profissionais. Análises sobre o início da prática profissional de médicos e dos fatores explicativos da escolha locacional desses profissionais em determinadas regiões do país têm sido muito mais frequentes para médicos que enfermeiros.

Estudos destacam como determinantes dessa escolha para médicos a proximidade das famílias e de outros profissionais médicos, a infraestrutura de saúde, o local onde realizaram sua graduação ou residência médica, destacando a importância desses últimos (Póvoa e Andrade, 2006; Pinto, Menezes e Rocha, 2016; Costa, Nunes e Sanches, 2019). Costa, Nunes e Sanches inovam ao analisar a decisão locacional da prática profissional de médicos recém graduados entre 2001 e 2013, que não realizaram residência no período (médicos generalistas), usando

dados individuais do Conselho Federal de Medicina pareando com dados de mercado de trabalho e dados de várias outras fontes. Seus resultados mostram que salários e infraestrutura de saúde são importantes, mas os principais indutores da escolha são o local de nascimento e aquele onde eles realizaram a graduação. Eles simulam os efeitos de incentivos financeiros, melhorias na infraestrutura de saúde nas regiões menos desenvolvidas do país, a redistribuição de faculdades de medicina e cotas por local de nascimento. Argumentam que as cotas para estudantes nascidos nessas regiões e a abertura de vagas em faculdades de medicina em áreas de menor provimento se mostram mais custo efetivas que incentivos financeiros ou investimentos em infraestrutura de saúde.

Esses estudos não tratam especificamente sobre a permanência desses profissionais na atenção primária em saúde. Os estudos que tratam do tema estimam tempos de permanência médios na atenção primária e nas equipes de saúde da família em algumas localidades com tempos médios, em geral, não superiores a 3 anos, em alguns casos com o tempo médio de permanência de enfermeiros sendo menor que o de médicos (Silva, Barbosa, Rocha; Vitoria et al, 2013).

Em trabalho realizado por Girardi et al (2013) com profissionais que trabalham na atenção primária, a declaração de intenção de fazer carreira nessa área foi próxima a 30% da amostra para médicos e 91% para enfermeiros. Dentre os fatores declarados como atrativos estavam: remuneração, localização do trabalho, carga de trabalho, em ambos os casos, acrescida de acesso à residência médica, dentre as respostas de médicos, e infraestrutura e oferta de moradia nas respostas de enfermeiros.

Não localizamos estimativas mais recentes do tempo de permanência. O objetivo desse trabalho é apresentar uma contribuição inicial a esse debate a partir de uma análise descritiva, com dados até 2019, do tempo de permanência de médicos e enfermeiros na atenção primária.

### 2.2.3 Metodologia

#### *Bases de Dados*

Esse trabalho foi realizado a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O CNES é gerido pelo Ministério da Saúde para registro de todos os estabelecimentos públicos e privados que atuam na área de saúde no país com informações sobre sua infraestrutura, bem como dos profissionais a eles vinculados. Utilizamos as bases de pessoas físicas e equipes com informações mensais sobre postos de trabalho ocupados, ocupação (CBO), horas trabalhadas, município do estabelecimento, tipo de estabelecimento (se hospital, unidade básica, clínica, policlínica, pronto atendimento, entre outros), equipes de atenção à saúde por tipo, entre outras. A base pública traz, também, um identificador numérico relacionado ao cartão nacional de saúde do profissional (cns\_prof) e o número CNES do estabelecimento. O cruzamento da base de profissionais com a base de equipes é feito pelo número CNES e a identificação dos profissionais nas equipes, incluindo quantas em quantas equipes cada profissional atua.

Foi realizado o tratamento de variáveis de interesse, incluindo limitar o número de ocupações por profissional a cinco estabelecimentos de saúde (diferenciados pelo número CNES) e excluir os casos com número do cartão nacional de saúde não informados<sup>3</sup>. Este último fez com que

---

<sup>3</sup>A base pública do CNES não contém o CPF do profissional. Ela foi solicitada pela Secap/ME ao Ministério da Saúde para essa avaliação, porém só foi cedida em março de 2021, próximo ao prazo final de entrega das avaliações. Esse atraso pode estar relacionado às inúmeras, significativas e constantes demandas geradas pelo período da pandemia do coronavírus para todas as áreas do Ministério da Saúde. Dessa

excluíssemos das análises os anos anteriores a 2013, pois apresentavam um percentual de missing em torno de 5%, mas que influenciaria as análises de tempo de permanência.

O tempo de permanência foi calculado considerando o mês de entrada do profissional e o último mês de atuação. Foi considerado o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019. Foram calculados tempos médios considerando toda a permanência (tempo na base), tempo de permanência no mesmo município, tempo de permanência no mesmo estabelecimento, tempo de permanência na atenção primária em qualquer estabelecimento ou município, tempo de permanência no mesmo estabelecimento de atenção primária e tempo de permanência na mesma equipe de atenção primária. Para o cálculo dos tempos de permanência nas equipes de atenção primária só foram consideradas as equipes de saúde da família com e sem equipes de saúde bucal e as equipes de atenção primária “tradicionais”. Os tempos de permanência foram calculados considerando o tempo contínuo de permanência. Especialmente no caso da permanência nas equipes, essa opção foi feita ao se observar que o cálculo do tempo de permanência em intervalos de 12 meses (ou um ano) não consideravam entradas e saídas das equipes muitas delas superiores a 3 meses<sup>4</sup>.

Se o profissional já estivesse no CNES em janeiro de 2013 e permaneceu até dezembro de 2019, seu tempo foi limitado a 84 meses, ainda que esse profissional possa ter começado a trabalhar em um período anterior e permanecer por um período superior ao que está sendo considerado nessa análise.

#### 2.2.4 Análise dos indicadores de permanência

As estimativas do tempo médio de permanência em postos de trabalho ocupados por médicos e enfermeiros mostram que, no período janeiro de 2013 a dezembro de 2019, considerando as diferentes datas de entrada e as saídas do CNES, a média de permanência de médicos na base foi de 73,76 meses e a mediana de 84 meses. Nesse período, o tempo médio de permanência no mesmo município e no mesmo estabelecimento de saúde foram respectivamente 66,2 e 81 meses. Quando a análise passa a considerar os postos de trabalho ocupados por esses profissionais na atenção primária, o tempo de permanência em uma unidade de atenção primária em qualquer local do país foi estimado em 54,7 meses e se for considerando ao mesmo tempo estar na atenção primária e no mesmo estabelecimento de saúde, esse tempo reduz para 40,1 meses. A permanência em equipes de atenção primária de médicos fica em 28,5 meses.

Observa-se que os postos de trabalho foram ocupados por enfermeiros por um período menor que aqueles de médicos. Contudo, a permanência de enfermeiros no mesmo município e no

---

forma, não foi possível viabilizar para esse ciclo uma análise mais robusta dos determinantes da permanência, mas os indicadores serão recalculados e atualizados após a aplicação do projeto do CONEP. Com base no CPF será possível também cruzar com a RAIS, buscando trazer informações relevantes como sexo, idade, cor ou raça, outras informações sobre a inserção no mercado de trabalho, como remuneração no mercado formal, e realizar uma análise de sobrevivência verificando não somente o tempo, mas os fatores explicativos.

<sup>4</sup> Ainda assim, foram feitos testes considerando intervalos de até três meses e observou-se que isso não elevava significativamente o tempo médio de permanência (em geral, um aumento médio de 2 meses). Contudo, quando eram realizadas estimativas com intervalos de 12 meses, o tempo médio de permanência aumentava significativamente, chegando a quase 40 meses para equipes. Como dito, esse cálculo ignorava os efeitos de saídas e retornos para a mesma equipe, os quais podem representar problemas de continuidade da atenção.

mesmo estabelecimento não é muito inferior à de médicos. Esse padrão muda quando passamos a considerar o tempo de permanência na atenção primária. O tempo médio de permanência de enfermeiros em uma unidade de atenção primária passa a ser um pouco superior a de médicos quando se considera a permanência em uma unidade de atenção primária (58,4 meses) ou no mesmo estabelecimento de atenção primária (43,5 meses). O tempo de permanência em equipes de atenção primária é também um pouco maior, em média, para enfermeiros. Ainda assim, um enfermeiro que entra em equipes de atenção primária não permanece ali o tempo todo, visto que esse tempo nesse período é, em média inferior a três anos considerando uma média de permanência em alguma unidade de atenção básica superior a quatro anos e no mesmo município próximo a cinco anos.

**Tabela 11: Tempo médio e mediana do tempo de permanência em postos de trabalho de médicos e enfermeiros**

Tempo médio de permanência (em meses)	Em postos de trabalho							
	Médicos				Enfermeiros			
	Média	Intervalo de Confiança [95%]		Mediana	Média	Intervalo de Confiança [95%]		Mediana
Na base		73,76	73,75			73,76	84	
No mesmo município	66,21	66,20	66,21	81	61,33	61,32	61,34	69
No mesmo estabelecimento	57,38	57,37	57,39	64	51,71	51,70	51,72	53
Em uma unidade APS	54,74	54,73	54,76	57	58,41	58,39	58,43	64
Na mesma unidade de APS	40,15	40,13	40,16	34	43,45	43,43	43,47	39
Na mesma equipe de APS	28,46	28,45	28,48	21	32,09	32,07	32,12	25

Fonte: Ministério da Saúde. CNES.

Quando a análise considera as macrorregiões do país, observa-se que o tempo médio de permanência de médicos e enfermeiros tanto em unidade de atenção primária quanto na mesma equipe é menor nos postos de trabalho do Norte do país. O maior tempo médio de permanência de médicos nesse período foi na região Sul. Para os postos de trabalho de enfermeiros, o tempo médio de permanência em unidades de atenção primária foi maior na região Sul, mas o maior tempo médio de permanência na mesma equipe de atenção primária foi na região Nordeste.

**Tabela 12: Tempo médio de permanência em postos de trabalho de médicos e enfermeiros na atenção primária, por macrorregião**

Região	Em Unidade de APS			Na mesma equipe		
	Média	Intervalo de Confiança [95%]		Média	Intervalo de Confiança [95%]	
Médico						
Norte	49,60	49,53	49,67	22,66	22,60	22,71
Nordeste	51,35	51,32	51,39	28,40	28,37	28,43
Sudeste	57,27	57,24	57,30	28,38	28,36	28,41
Sul	55,66	55,62	55,71	31,00	30,96	31,04
Centro Oeste	51,16	5	51,23	27,83	27,77	27,89

		1,09				
				Enfermeiro		
Norte	54,11	54,05	54,18	26,99	26,91	27,06
Nordeste	57,13	57,09	57,17	35,72	35,68	35,76
Sudeste	59,35	59,32	59,38	28,81	28,77	28,85
Sul	62,17	62,12	62,22	33,39	33,33	33,46
Centro Oeste	56,04	55,96	56,11	31,04	30,95	31,13

Fonte: Ministério da Saúde. CNES.

Quando comparamos o tempo médio de permanência considerando se o município faz parte de uma região metropolitana, uma região integrada de desenvolvimento (RIDE) ou não faz parte de nenhuma dessas, observa-se que o tempo médio nas unidades de atenção primária é um pouco menor para os municípios fora dessas regiões. Porém, o tempo médio de permanência nas equipes de atenção primária é maior fora das regiões metropolitanas ou RIDE.

**Tabela 13: Tempo médio de permanência de médicos na atenção primária, região metropolitana/RIDE, outras e municípios abaixo de 50 mil habitantes**

Região Metropolitana	Média	Intervalo de Confiança [95%]	
Em uma unidade de APS	56,46	56,43	56,48
Na mesma equipe	22,85	22,82	22,88
RIDE			
Em uma unidade de APS	53,04	52,93	53,15
Na mesma equipe	20,50	20,38	20,62
Outros			
Em uma unidade de APS	52,95	59,16	59,48
Na mesma equipe	29,88	29,85	29,90

Fonte: Ministério da Saúde. CNES.

**Tabela 14: Tempo médio de permanência de enfermeiros na atenção primária, região metropolitana/RIDE, outras e municípios abaixo de 20 mil habitantes**

Região Metropolitana	Média	Intervalo de Confiança [95%]	
Em uma unidade de APS	59,55	59,51	59,59
Na mesma equipe	27,29	27,25	27,34
RIDE			
Em uma unidade de APS	59,32	59,16	59,48
Na mesma equipe	26,01	25,86	26,17
Outros			
Em uma unidade de APS	56,20	56,17	56,24
Na mesma equipe	35,83	35,80	35,87

Fonte: Ministério da Saúde. CNES.

Nesse período foram adotadas estratégias para atração de profissionais para regiões com carência de profissionais médicos, incluindo o Programa Mais Médicos. Como destacado por outros autores, no período do PMM observa-se uma inflexão no tempo de permanência de médicos e que pode estar associada ao programa (Barbosa et al, 2018). Entretanto, essa

hipótese de impacto do PMM sobre o tempo de permanência ainda deve ser objeto de avaliações futuras.

Outro ponto que chama atenção é o fato de o tempo médio de permanência de enfermeiros nas equipes de atenção primária não ser muito superior ao de médicos. Isso indica a necessidade de entender melhor os incentivos e os determinantes da permanência e fixação desse profissional na atenção primária.

### 2.2.5 Considerações Finais

A participação de médicos e enfermeiros no mercado de trabalho apresenta muitas diferenças relativas ao número de postos de trabalho ocupados, a forma de contratação e a participação da atenção primária no total de ocupações. Há uma oferta maior de oportunidades de trabalho com melhores remunerações para médicos quando comparado aos enfermeiros. Ainda assim, as formas de inserção de médicos têm uma participação maior de postos de trabalho sem vínculo empregatício e menor participação do setor público na contratação. Ao longo de período de 7 anos (janeiro de 2013 a dezembro de 2019), observou-se uma redução da participação das contratações por RJU e ampliação das contratações temporárias ou intermediadas.

Ainda que a contratação pela administração pública seja mais representativa para enfermeiros, isso não tem significado um aumento contratações em modalidades mais estáveis, visto que, também para esses, a contratação temporária tem uma participação importante no total. Além disso, esses últimos têm visto sua remuneração média apresentar perdas relativas à de médicos e redução da diferença em relação à de técnicos ou auxiliares de enfermagem. Assim, mesmo com contratos de emprego com maior grau de formalidade, o que se observa é que o tempo médio de permanência contínuo dos enfermeiros na atenção primária e nas equipes de atenção primária não tem sido muito maior que aquele de médicos.

Estudos sobre a escolha de médicos mostram a importância do local de residência e de formação (graduação e residência médica) indicando que políticas de cotas para alunos que sejam residentes em regiões de menor provimento e ampliação de vagas nessas regiões podem ser custo-efetivas. O Ministério da Saúde tem realizado políticas de provimento, incluindo incentivos por meio de bolsas, bem como à formação profissional em áreas de menor provimento e em especialidades estratégicas para o SUS, em geral, mais concentradas no profissional médico. Recomenda-se avaliar o impacto dessas políticas, bem como da interiorização das faculdades de medicina e enfermagem sobre a fixação desses profissionais nas regiões com maiores problemas de provimento e menor tempo de permanência na atenção primária.

Essa questão está relacionada, também, com um tema que tem sido objeto de discussão relacionada a carreiras com parâmetros nacionais, quer com contratação por meio de uma agência nacional ou outras modalidades, quer o estabelecimento de pisos remuneratórios e outros incentivos, tais como progressão, para que os profissionais permaneçam por um tempo mínimo vinculados à atenção primária. Esse debate deve envolver não somente a perspectiva do profissional médico, mas também a valorização e inserção do enfermeiro, bem como de outros profissionais os quais não foram analisados nessa nota. Ao se discutir essa questão, caberá avaliar qual o tempo mínimo que se espera que esses profissionais permaneçam na atenção primária, incluindo nas áreas com maiores dificuldades de provimento ou mesmo nas equipes de municípios maiores ou que pertencem a regiões metropolitanas. Para isso é importante avançar na compreensão dos parâmetros mínimos de tempo para garantir a efetividade de um acompanhamento longitudinal, planejar a reposição para continuar esse acompanhamento e tornar a atenção primária mais resolutiva.

Por fim, no campo da gestão e do acesso a informação para monitoramento e avaliação, merece destaque a importância dos registros administrativos e das bases de dados geradas a partir deles para o monitoramento, avaliação e transparência das políticas públicas. O CNES representa um importante avanço nesse sentido. Contudo, caberia discutir a importância de se incluir algumas críticas no processo de envio dos dados pelos municípios, estabelecimentos e profissionais, visando minimizar: (i) problemas de preenchimento do município de residência; (ii) inconsistências entre a atividade declarada e a carga horária; (iii) inconsistências relacionadas às normas sobre o número de postos de trabalho ocupados por um mesmo profissional. Analisando as bases disponibilizadas publicamente, observa-se que parte dessas críticas são feitas após o envio do dado. Entretanto seria importante pensá-las durante o processo de envio, estabelecendo um prazo máximo para correção e mantendo a atualização das bases que são disponibilizadas publicamente. Além disso, o CNES poderia incluir data, local e instituição de conclusão da graduação para profissionais de nível superior e do curso técnico. No médio prazo, assim como foi feito com o cruzamento com os dados cadastrais da Receita Federal que melhoraram a qualidade das informações sobre natureza jurídica, dentre outras, o sistema do CNES poderia prever uma crítica a partir do pareamento com bases do CPF e do e-Social. Por fim, seria muito importante prever uma maior integração entre o cadastro e as outras bases de gestão de programas do próprio Ministério da Saúde, incluindo aquelas da gestão do trabalho e formação em saúde.

## 2.3 Impacto Orçamentário-Financeiro da Mudança no Modelo de Financiamento Federal da Atenção Primária à Saúde

### 2.3.1 Contextualização

No final de 2019 foi proposto pelo Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária em Saúde (APS), denominado Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 12/11/2019<sup>5</sup>), que modifica os critérios de repasse de recursos federais da APS para os municípios<sup>6</sup>. Esse novo modelo produz uma alteração significativa no modelo de financiamento que vinha sendo adotado desde o começo dos anos 90.

Em 1991, o primeiro programa baseado em categorias de trabalhadores oficialmente adotado pelo Ministério da Saúde foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse consistia em utilizar pessoas da própria comunidade, formando-os para atuar na atenção à saúde da população do local onde residiam. As experiências locais que adotavam esse modelo foram convertidas em um programa que passou a contar com incentivos federais. Contudo, foi somente na segunda metade dos anos 90 que o financiamento federal da APS pela via das transferências fundo a fundo e a descentralização para os municípios recebeu grande impulso, em novembro de 1996, pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 que inaugura a sistemática de transferências regulares e automáticas tendo como um dos “carros-chefes” a criação do Piso da Atenção Básica (PAB).

Regulamentado em 1997/1998, o Piso de Atenção Básica (PAB) era composto por uma parte fixa e uma parte variável. O PAB Fixo foi implementado a partir de 1998 com um valor mínimo por habitante/ano de R\$ 10,00<sup>7</sup>, e foram mantidos os valores acima desse parâmetro para os municípios que, na época, tinham série histórica com valor superior, respeitado um teto de R\$ 18 por habitante/ano (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020; Favaret, 2002). O PAB Variável incorpora uma estrutura de incentivos para adoção de um modelo proposto a partir de um processo de pactuação tripartite (União, estados e municípios) visando uma indução federal para sua adoção. Inicialmente, a parte variável era transferida conforme o número de equipes de saúde da família (ESF) e aos poucos foi incorporando outras modalidades de incentivos (equipes de saúde bucal, núcleos de apoio ao Saúde da família, equipes de saúde da família ribeirinhas, quilombolas, saúde indígena, saúde da população de rua, atenção domiciliar, mais recentemente o Saúde na Hora, entre outros) e se converte em uma estratégia: a estratégia de Saúde da Família (eSF). A cada novo critério ou equipe propostos era criado mais um incentivo adicional, em sua maioria, atrelado à existência de pelo menos uma equipe de saúde da família, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

---

<sup>5</sup> Disponível em <<https://bit.ly/3sZ4hGI>>.

<sup>6</sup> Os recursos federais para a APS são transferidos para os 5.568 municípios e para o Distrito Federal. Nesta nota nos referiremos a “municípios” para denominar esse conjunto.

<sup>7</sup> “O PAB Fixo foi criado por meio da Portaria no 1.882, de 18 de dezembro de 1997, e implantado a partir de 1998. O valor transferido para cada município foi calculado com base na série histórica de procedimentos selecionados pagos aos prestadores em cada município em 1996, e foi estabelecido um valor mínimo de R\$ 10,00 e um máximo de R\$ 18,00” (Paiva, Gonzales e Benevides, 2020).

Se no ano de 2000 o PAB Fixo representava mais que o dobro do valor transferido para o PAB variável, ao longo dos anos 2000 essa situação se inverte (gráfico 1). Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que estabelece um percentual mínimo de receita de impostos (incluindo as transferências constitucionais e legais) a ser aplicado por estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde. A partir dos anos 2000, a participação de recursos federais no financiamento das ações e serviços públicos de saúde vai se reduzindo, e aumentando a participação de estados e, principalmente, dos municípios (Servo et al, 2011). Associadas às tentativas federais de impulsionar a adoção da estratégia baseada na Saúde de Família e à medida que os municípios passaram a adotá-la, assumiram, também, responsabilidade crescente pelo seu financiamento. Assim, observa-se que os municípios passaram a participar cada vez mais do financiamento da atenção básica, chegando, em média, a responder por mais de 60% desse financiamento em seu território no período entre 2010 e 2014, ao passo que a participação federal era, em média, em 35%, com menor participação dos estados, mas com relevantes diferenças estaduais nessa composição (Ritzel, Prado, 2011; Mendes, Marques, 2014, Ministério da Saúde, Fiocruz, 2018).

Ao mesmo tempo, o próprio PAB fixo incorporou critérios que buscaram maior equidade na partilha dos recursos, distribuindo os municípios em quatro faixas, com valores per capita que variavam de R\$ 23 a R\$ 28 de acordo com os seguintes indicadores: PIB *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (Brasil, 2019).

Nesse período foram publicadas três versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos anos de 2006, 2011 e 2017. A PNAB 2017 traz uma importante mudança ao flexibilizar o modelo de equipes, possibilitando o financiamento por meio de recursos federais de equipes de atenção básica composta por médico e enfermeiro, sem agentes comunitários de saúde, com a justificativa de que isso permitiria aos gestores maior flexibilidade para adaptações às realidades locais (Almeida et al, 2018). Continua a ser afirmada a prioridade para eSF, mas é aberta a possibilidade de transferências de recursos federais para financiamento das equipes de atenção básica (EAB) com diferentes composições. Nesse momento surge a preocupação de que essas mudanças poderiam implicar em uma leitura minimalista da atenção básica focada no atendimento, com perdas do caráter de longitudinalidade e sem a preocupação maior com uma análise dos territórios onde a atenção acontece, incluindo o acompanhamento dos determinantes sociais da saúde (Morosini, Fonseca, Lima, 2018; Mendes, Carnut, Guerra, 2018).

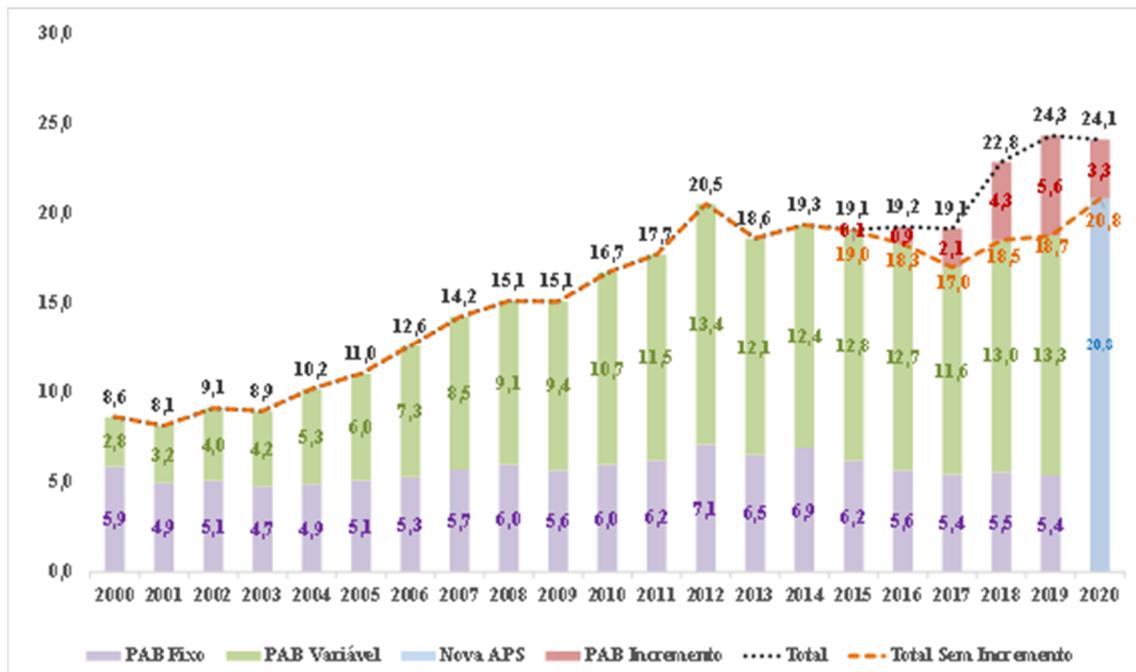
Mesmo com as mudanças propostas, a APS continuou a ser financiada pelo PAB Fixo, (R\$ 5,15 bilhões em 2019), e pelo PAB variável, com repasses vinculados à implantação das equipes de Saúde da Família (e as versões reduzidas de equipes de APS, de 30 e 20 horas/semana), saúde bucal, e outros repasses de menor volume. Considerando esses dois componentes, o Ministério da Saúde transferia os recursos para financiar a atenção primária por meio de uma parte fixa, baseada em critérios per capita populacionais e outra baseada em ações estratégicas por meio de incentivos variáveis (Brasil, 2019b). No caso da parte variável, havia uma cobertura estimada com base no número de pessoas que deveria estar sob responsabilidade de cada equipe, em média, 4,5 mil pessoas por equipe, variando conforme algumas especificidades locais e populacionais. Além desses dois componentes, há outro bastante representativo em termos de volume de recursos, o Incremento PAB, que foi criado em 2015 e aumentou significativamente, ano a ano, a partir de 2017, alcançando R\$ 5,40 bilhões em 2019 e 3,28 bilhões em 2020, com

alocação discricionária, por decisão de parlamentares (emendas) ou do próprio Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

Em dezembro de 2019, é proposto um novo modelo de financiamento composto por três tipos de repasses: i) a capitação ponderada, seu principal componente; ii) o pagamento por desempenho, para substituir o PMAQ, que condiciona os repasses ao alcance de resultados de indicadores, e iii) os incentivos para ações estratégicas – Saúde Bucal, Saúde na Hora, UBS Fluvial, ESF Ribeirinha, entre outros repasses. Esse novo modelo recebeu a denominação de Previne Brasil.

O valor total aplicado em 2020 foi de R\$ 24,1 bilhões, sendo R\$ 20,8 bilhões da programação regular do MS e R\$ 3,3 bilhões de Incremento PAB, enquanto em 2019 foi de R\$ 24,3 bilhões em valores atualizados para 2020, dos quais R\$ 18,8 bilhões da programação regular e R\$ 5,6 bilhões do incremento PAB (Gráfico 6).

**Gráfico 7: Transferências fundo a fundo para a Atenção Primária em Saúde por componente, 2000 a 2020, em R\$ bilhões de 2020**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde <<https://bit.ly/3cbkDmH>>.

Nota: valores atualizados para preços médios de 2020 pelo IPCA/IBGE.

<sup>8</sup> Os incrementos PAB e MAC foram criados em 2015 para incorporar o aumento da participação das emendas parlamentares ao orçamento do MS em decorrência das regras do orçamento impositivo. Se antes de 2015 as emendas parlamentares financiavam principalmente investimentos, com os Incrementos PAB e MAC passavam a financiar o custeio das unidades de saúde estaduais e municipais, com valores per capita muito superiores nos municípios de menor porte (Vieira e Piola, 2019). Até 2018 era composto por emendas parlamentares, mas em 2019 foram executados recursos na própria programação do MS da ordem de R\$ 5,65 bilhões, ou 53,4% do incremento PAB e MAC total naquele ano, que chegou a R\$ 10,62 bilhões. Em 2020 esses incrementos voltam a ser compostos somente de emendas parlamentares (Benevides, 2021).

O ano de 2020 foi o primeiro em que se começou a transferir de acordo com o novo modelo de financiamento, mas ainda na vigência das regras de transição, que garantem a recomposição dos valores para os municípios que tivessem perda de acordo com o novo modelo em comparação com o ano de 2019. Observou-se também que o pagamento pelo teto do cadastro e o percentual estimado da população com critérios de ponderação são maiores do que os do cadastro efetivo, gerando valores maiores do que aqueles de cadastro efetivo. Como dito anteriormente, esse novo modelo traz uma significativa mudança para o financiamento da APS, e sua implementação ainda está em curso. Esta parte do relatório tem por proposta analisar o impacto da implantação de seu principal componente – a capitação ponderada – sobre a distribuição de recursos para os municípios.

### 2.3.2 A Capitação Ponderada: Descrevendo o Critério

A capitação ponderada refere-se ao valor a ser transferido para os municípios com base no número de pessoas cadastradas nas unidades básicas de saúde, com um teto de cadastros por município que depende do número de equipes de saúde da família (ou equipes de atenção primária na modalidade definida na PNAB 2017) e da tipologia do município conforme definição do IBGE (Tabela 15).

**Tabela 16: Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE)**

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade II - 30 horas	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I - 20 horas
<b>1 – Urbano</b>	4.000	3.000	2.000
<b>2 - Intermediário Adjacente e 3 - Rural Adjacente</b>	2.750	2.063	1.375
<b>4 - Intermediário Remoto e 5 -Rural Remoto</b>	2.000	1.500	1.000

Fonte: Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Anexo XCIX à Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017).

Um município urbano de 20 mil habitantes, por exemplo, que tem três equipes de Saúde da Família, terá um teto de cadastro de 12 mil pessoas. Já um município em área remota (Intermediário Remoto ou Rural Remoto) com as mesmas três equipes terá um teto de cadastro de 6 mil pessoas, ou seja, precisará de seis equipes para atingir a mesma cobertura do município classificado como urbano.

O valor-base por pessoa cadastrada é de R\$ 50,50 por ano, acrescido de 30% para as pessoas cadastradas enquadradas nos critérios de vulnerabilidade socioeconômica<sup>9</sup> ou perfil demográfico (crianças de até cinco anos ou pessoas com 65 anos ou mais). Sobre esses valores foi atribuído um peso conforme a classificação geográfica do IBGE, de 1,00, 1,45 ou 2,00 (Tabela 17), que serve para compensar o menor quantitativo de pessoas por equipe nos municípios não urbanos, de forma a manter mais ou menos fixo o valor por equipe implantada, conforme simulação apresentada na tabela 3.

**Tabela 18: Número de municípios, população e peso na ponderação do valor per capita conforme classificação dos municípios pelo IBGE**

Classificação do município pelo IBGE	Peso	Número de Municípios	População 2019
1 – Urbano	1,00	1.457	161,2 milhões
2 - Intermediário Adjacente e 3 - Rural Adjacente	1,45	3.730	43,5 milhões
4 - Intermediário Remoto e 5 - Rural Remoto	2,00	383	5,4 milhões

Fonte: Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (peso) e IBGE (população). Elaboração própria.

O valor transferido por equipe na simulação apresentada é de R\$ 238 mil por ano, com diferença máxima de 0,3% entre as simulações decorrente do arredondamento no quantitativo máximo de pessoas por equipe na faixa intermediária. O valor *per capita* no município C (R\$ 119,18) é o dobro do valor do município A (R\$ 59,59) para compensar o quantitativo máximo de cadastrados por equipe, de 2 mil pessoas, metade da capacidade do município A, de 4 mil pessoas, com valor por equipe de Saúde da Família de R\$ 19,9 mil por mês nos dois casos, que consideram um número de cadastrados igual (ou superior) ao do teto do cadastro e 60% da população classificada no critério de ponderação.

**Tabela 19: Simulação do valor transferido para municípios de 100 mil habitantes, com 80 mil cadastrados na APS, com 60% da população classificada no critério de ponderação e que tenha atingido 100% do teto do cadastro, conforme tipologia do IBGE (nº equipes SF: 20, 29 e 40, respectivamente)**

Descrição	Cálculo	Município A Urbano	Município B Rural Adjacente	Município C Rural Remoto
Peso conforme tipologia IBGE (Port. 2.979/2019)	A	1,00	1,45	2,00
Valor-base per capita (Portaria 169/2020)	B	R\$ 50,50	R\$ 50,50	R\$ 50,50
Valor-base com ponderação	C = A x B	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
Parâmetro Equipe (Portaria 2.979/2019)	D	4.000	2.750	2.000
População (simulação)	E	100.000	100.000	100.000
% pop vuln./perfil etário <5 ou > 65 anos (simulação)	F	60%	60%	60%
Equipes de SF (simulação)	G	20	29	40
Teto de Cadastro	H = D x G	80.000	79.750	80.000

<sup>9</sup> Pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou que recebem benefício previdenciário de até dois salários-mínimos.

Pessoas sem critério de vulnerab./faixa etária	$I = (100\% - F) \times H$	32.000	31.900	32.000
Pessoas com critério de vulnerab./faixa etária (x 1,3)	$J = F \times H \times 1,3$	62.400	62.205	62.400
Valor anual	$K = (I + J) \times C$	R\$ 4.767.200	R\$ 6.890.839	R\$ 9.534.400
Valor por pessoa cadastrada	$L = K / H$	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
Valor mensal por Equipe de Saúde da Família	$M = K / G$	R\$ 19.863	R\$ 19.801	R\$ 19.863

Fonte: Portarias 2.979/2019, 169/2020.

Para os municípios que alcançaram o cadastramento de 100% do teto do cadastro, o valor transferido por equipe de Saúde da Família varia de R\$ 16,8 mil a R\$ 21,9 mil por mês (+30%), conforme o percentual da população em condições de vulnerabilidade social ou perfil demográfico (nesse exemplo hipotético, 0% e 100%, respectivamente). Esse valor representa o teto, com redução proporcional ao deficit de cadastramento do município. Por exemplo, caso atinja 50% do teto do cadastro, o valor transferido por equipe é reduzido na mesma proporção, variando de R\$ 8,4 mil a R\$ 10,9 mil por equipe/mês, a depender do percentual da população com critério de ponderação. Em anexo, é apresentada a simulação dos valores por equipe considerando cinco cenários de percentual de população com critério de ponderação (0%, 30%, 60%, 90% e 100%), quatro cenários de percentuais do teto do cadastro em relação à população (28%, 60%, 80% e 96%) – que não alteram o valor por equipe de SF – e duas situações de percentual de cadastramento, a primeira considerando que o município atingiu 100% do teto do cadastro, e a segunda considerando que cadastrou 50% do teto do cadastro (o que reduz o percentual de população cadastrada em relação à população para 14%, 30%, 40% e 48%, respectivamente) (ver tabela A.1 em anexo).

O início efetivo do pagamento com base no cadastro da APS foi adiado diversas vezes ao longo do ano de 2020 devido à pandemia. A última regulamentação foi publicada na Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021, adiando o início do pagamento com base no cadastro para a competência maio de 2021. Durante o período de transição, iniciado em janeiro de 2020, os municípios recebem o valor referente ao parâmetro de população calculado com base no número de equipes implantadas nos municípios, ou seja, considerando um cadastramento de 100% do parâmetro populacional calculado, chamado de teto do cadastro.

Com base nesse parâmetro de população, **no período de transição**, um conjunto de 4.471 municípios<sup>10</sup> (portaria nº 172, de 31 de janeiro de 2020) passariam, a partir do novo cálculo, a receber valor igual ou superior ao do somatório das 12 competências de 2019 além de um valor adicional de R\$ 5,95 por habitante/ano – o “per capita de transição”, enquanto 1.098 municípios passariam a receber menos recursos com a capitação ponderada, pois mesmo que consigam cadastrar a totalidade do teto do cadastro, não alcançam o valor nominal recebido em 2019. Em janeiro de 2020, por meio da Portaria nº 173, o Ministério da Saúde dispôs sobre “(...) sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil”. Para esse último grupo, **no período de transição** será transferido um “Fator Compensatório de Transição” (FCT) para compensar a diferença entre o maior valor recebido em 2019 e o valor total previsto

<sup>10</sup> A Portaria 172 inclui Fernando de Noronha como município, território vinculado ao governo do Estado de Pernambuco, excluído desta análise por questões de simplificação.

para a APS no município considerando o novo modelo de financiamento da APS, com o cálculo da capitação ponderada. Este último grupo receberia valores inferiores aos de 2019 a partir da implantação do pagamento da capitação ponderada com base no cadastramento efetivo, caso não implante novas equipes. Contudo, conforme será demonstrado, para alguns municípios o cadastramento do total previsto no teto do cadastro não é condição suficiente para alcançar os valores transferidos em 2019 quando forem suspensos os repasses compensatórios do período de transição.

O percentual da população com critério de vulnerabilidade ou faixa etária utilizado no período de transição foi estimado pelo Ministério da Saúde e disponibilizado por município a partir de janeiro de 2021<sup>11</sup>.

### 2.3.3 Metodologia

Para essa avaliação foram utilizadas as informações sobre as transferências federais Fundo a Fundo para a atenção primária de cada município disponibilizados pelo Fundo Nacional de Saúde para o ano de 2019. Todos os dados foram extraídos da base utilizada pelo próprio Ministério da Saúde para cálculo dos repasses para cada município. Para 2020 foram utilizadas as informações das planilhas das competências de janeiro a dezembro disponíveis no sistema e-gestor AB, com informações sobre o valor a ser transferido mensalmente, o número de equipes, o teto do cadastro, e a tipologia urbano-rural do município conforme classificação do IBGE<sup>12</sup>.

Além disso, utilizou-se os dados de cadastramento na APS no SISAB para cada município relacionados ao: número de pessoas cadastradas; número de pessoas cadastradas classificadas no critério de ponderação<sup>13</sup>;

Adicionalmente, foram considerados, também, os recursos próprios aplicados por estados e municípios na atenção primária. O objetivo é realizar dois cálculos: (i) o impacto da mudança considerando a transferência federal e (ii) o total de recursos aplicados em APS pelas três esferas de governo.

A avaliação sobre o impacto<sup>14</sup> do Previde Brasil no financiamento da APS para cada município foi realizada com base na comparação dos valores nominais recebidos em 2019 na APS (R\$ 18,1 bilhões), excluindo-se o valor transferido no Incremento PAB (R\$ 5,4 bilhões), com três cenários:

- O valor que os municípios receberiam pela capitação ponderada com base no último dado de cadastro disponível no site do SISAB, referente ao 3º quadrimestre de 2020 (2020 Q3).

---

<sup>11</sup> Esses dados encontram-se disponíveis em <<https://bit.ly/39YC8Yi>>. Até dezembro de 2020 estavam disponíveis apenas os dados agregados por estado, mas a partir de janeiro de 2021 passaram a ser disponibilizados por município.

<sup>12</sup> Dados do e-Gestor AB disponíveis em <<https://bit.ly/3ejZM34>>.

<sup>13</sup> Número de pessoas cadastradas disponível em <<https://bit.ly/39YC8Yi>>.

<sup>14</sup> Quando estamos falando de impacto não é no sentido da avaliação de impacto com controles, mas das diferenças entre os valores considerando as mudanças nos critérios relacionadas ao novo modelo em comparação com o período anterior.

- O valor que os municípios receberiam pela capitação ponderada se conseguissem atingir o teto do cadastro de dez/2020 (153,3 milhões de pessoas), calculado com base na capacidade de atendimento das equipes de APS implantadas em dez/2020.
- O valor registrado de janeiro a dezembro de 2020 no sistema e-gestor AB / Financiamento APS, que corresponde à memória de cálculo do valor a ser transferido no período de transição para o novo modelo.

A informação sobre o número de equipes de SF e APS não foi utilizada diretamente devido ao brusco aumento do número de equipes nas planilhas entre dez/2020 e jan/2021, o que sugere algum problema na informação ou alguma mudança de critério (Tabela 20). Foi utilizado o teto do cadastro, que é calculado por meio do número de equipes, mas que não registrou mudança da mesma natureza.

**Tabela 21: Número de equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária 20hs e 30hs, Teto do Cadastro e nº de municípios com pelo menos uma equipe**

Competência	Nº de ESF	Nº de Eap 30h	Nº de EAP 20h	Nº ESF Total Equivalentes (*)	Teto do Cadastro	Nº pessoas por equipe ESF Equivalente	Nº de Municípios com ESF ou EAP	% de Municípios com ESF ou EAP
jan/20	39.104	355	749	<b>39.745</b>	145.365.799	3.657	4.452	79,9%
fev/20	39.516	306	722	<b>40.107</b>	146.332.208	3.649	4.471	80,3%
mar/20	39.514	278	783	<b>40.114</b>	146.280.921	3.647	4.468	80,2%
abr/20	39.495	252	813	<b>40.091</b>	146.286.027	3.649	4.469	80,2%
mai/20	39.895	501	1.944	<b>41.243</b>	150.512.448	3.649	4.533	81,4%
jun/20	40.265	603	2.223	<b>41.829</b>	152.283.734	3.641	4.543	81,6%
jul/20	40.236	360	957	<b>40.985</b>	149.656.268	3.652	4.468	80,2%
ago/20	40.427	608	2.273	<b>42.020</b>	152.766.098	3.636	4.548	81,7%
set/20	40.480	580	2.168	<b>41.999</b>	152.915.643	3.641	4.536	81,4%
out/20	40.478	583	2.172	<b>42.001</b>	153.014.096	3.643	4.545	81,6%
nov/20	40.674	758	2.001	<b>42.243</b>	152.258.363	3.604	4.550	81,7%
dez/20	40.536	760	1.996	<b>42.104</b>	153.301.942	3.641	4.549	81,7%
jan/21	45.305	1.091	1.843	<b>47.045</b>	155.561.601	3.307	5.516	99,0%
fev/21	45.357	1.101	1.828	<b>47.097</b>	154.809.974	3.287	5.519	99,1%
mar/21	45.315	1.123	1.812	<b>47.063</b>	154.829.813	3.290	5.524	99,2%

\*Nº ESF total equivalente é a soma dos três tipos de equipes considerando a ponderação de 0,75 para EAP de 30 horas e de 0,5 para EAP de 20 horas.

Fonte: E-gestor AB, disponível em <<https://bit.ly/3ejZM34>>.

Foram mantidos constantes os valores recebidos pelo pagamento por desempenho com base no Indicador Sintético Final (ISF) (mantido em 100% pelo menos até agosto/2021), ações estratégicas (saúde bucal, saúde na hora, UBS fluvial, ESF ribeirinha, entre outros repasses), ACS, informatização e academia da saúde.

O cálculo dos recursos próprios aplicados por municípios e estados foi realizado para o ano de 2019 conforme metodologia utilizada para o período 2008 a 2017 em Ocké (2021), considerando a agregação dos dados por unidade da federação.

## 1. Avaliação sobre o cadastramento até o 3º Quadrimestre de 2020 (Dez-2020)

O modelo em implantação tem impacto bastante diferenciado entre os municípios, uma vez que depende do atual percentual de cobertura da APS – número de equipes implantadas, conforme parâmetros publicados na Portaria 2.979/2019 (tabela 1) – da capacidade de cadastramento da população pelos municípios e das mudanças de critérios que alteram a partilha de recursos. Em geral, nos municípios até 50 mil habitantes em praticamente todas as regiões, exceto a Região Norte, o teto do cadastro correspondia a mais de 80% da população residente, ao passo que nos municípios acima de 500 mil habitantes o teto representava, em média, menos de 65% da população em todas as regiões. Os maiores municípios, notadamente os das regiões Norte e Sudeste, registravam menores percentuais de população cadastrada (Tabela 22).

**Tabela 23: Teto do Cadastro até o 3º Quadrimestre de 2020, em % da população**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
Norte	79%	55%	67%	72%	54%	<b>64%</b>
Nordeste	96%	92%	92%	86%	64%	<b>85%</b>
Sudeste	90%	80%	74%	59%	57%	<b>65%</b>
Sul	91%	82%	77%	74%	65%	<b>78%</b>
Centro-Oeste	84%	82%	87%	66%	62%	<b>71%</b>
<b>Total</b>	<b>91%</b>	<b>82%</b>	<b>81%</b>	<b>68%</b>	<b>59%</b>	<b>72%</b>

Fonte: SISAB/MS (cadastro) e IBGE (população). Nota: Percentuais acima de 80% marcados em azul, e inferiores a 60% marcados em vermelho. Elaboração própria.

A cobertura populacional de equipes homologadas ainda estava bem abaixo do teto de cadastro na maioria das regiões. Até o final de 2020 foram cadastradas 122,5 milhões de pessoas, 58% da população total do País. Na região Norte, as equipes homologadas respondiam, em média, por 49% da população da região. Mesmo na região Nordeste onde o teto do cadastro permitiria alcançar 85% da população coberta por equipes de atenção primária, os cadastros em equipes já homologadas representavam 67% da população. Assim, para alcançar o teto do cadastro será necessário cadastrar a população prevista no parâmetro populacional das equipes homologadas, em todas as regiões (Tabela 24).

**Tabela 25: Número de Cadastros até o 3º Quadrimestre de 2020 em equipes homologadas, em % da população**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
Norte	73%	52%	53%	54%	31%	<b>49%</b>
Nordeste	85%	76%	69%	60%	46%	<b>67%</b>
Sudeste	83%	70%	57%	42%	44%	<b>51%</b>
Sul	90%	72%	66%	57%	54%	<b>67%</b>
Centro-Oeste	85%	77%	69%	45%	38%	<b>55%</b>
<b>Total</b>	<b>84%</b>	<b>71%</b>	<b>63%</b>	<b>49%</b>	<b>44%</b>	<b>58%</b>

Fonte: SISAB/MS (cadastro) e IBGE (população). Nota: Percentuais acima de 80% marcados em azul, e inferiores a 60% marcados em vermelho. Elaboração própria.

A comparação da população cadastrada (em equipes homologadas) com o teto do cadastro (tabela 8) mostra que o processo de cadastramento alcançou 122,5 milhões de pessoas, 80% do teto (153,3 milhões), demonstrando dificuldades para superar este déficit de cadastramento nos municípios de maior porte, sendo que os menores percentuais foram registrados nos municípios das regiões Norte e Centro-Oeste.

**Tabela 26: Número de Cadastros até o 3º Quadrimestre de 2020 em equipes homologadas, em % do Teto do Cadastro**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
Norte	92%	95%	78%	75%	58%	<b>77%</b>
Nordeste	88%	83%	75%	70%	73%	<b>79%</b>
Sudeste	93%	87%	77%	72%	78%	<b>79%</b>
Sul	99%	88%	85%	77%	83%	<b>86%</b>
Centro-Oeste	101%	94%	79%	69%	61%	<b>78%</b>
<b>Total</b>	<b>93%</b>	<b>87%</b>	<b>78%</b>	<b>72%</b>	<b>74%</b>	<b>80%</b>

Fonte: SISAB/MS. Elaboração própria.

O teto de cadastro foi utilizado como parâmetro inicial para a divisão dos municípios em dois grupos, conforme a situação de implantação de equipes de APS, nas portarias nº 172 e 173, que os enquadraram nas regras de transição, respectivamente, entre aqueles com variação positiva (nominal) considerando o número de pessoas do teto do cadastro, em comparação com o valor transferido em 2019 (4.471 municípios) e aqueles que perdem nessa comparação, mesmo que consigam cadastrar o número total de pessoas do teto do cadastro (1.089 municípios). Para o primeiro grupo, a Portaria nº 172 estabeleceu um valor adicional durante o período de transição – o “per capita de transição” – que corresponde a R\$ 5,95 por habitante/ano. Já para o segundo grupo, a Portaria nº 173 estabeleceu o “Fator Compensatório de Transição” (FCT), que substituiu o cálculo do valor a ser transferido pela nova regra da capitação ponderada, que reduziria o valor transferido para esses municípios, pelo pagamento com base na maior competência financeira de 2019 do somatório dos PABs Fixo e Variável multiplicada por 12.

### 2.3.4 Resultados: Componente Capitação e seu Impacto sobre o Financiamento da APS

#### Simulando as diferenças nos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde - *Componente Capitação: Cadastro do 3º Quadrimestre de 2020 x 2019*

Conforme demonstrado na seção anterior, o teto do cadastro, calculado com base no número de equipes de APS implantadas, representa 72% da população. O processo de cadastramento

até o fechamento do 3º quadrimestre de 2020, considerando as equipes homologadas, chegou a 80% do teto do cadastro, o que representa 58% da população. Caso os municípios tivessem passado a receber considerando esse parâmetro, o resultado agregado seria uma perda média de 6,3%, com grandes disparidades entre os municípios:

- 2.402 municípios (35% da população) ganhariam, em conjunto, R\$ 746 milhões;
- 271 municípios (10% da população) não teriam alteração (variação de -1% a 1%);
- 2.896 municípios (61% da população) perderiam, em conjunto, R\$ 1,88 bilhão.

As maiores perdas seriam verificadas nos municípios da região Nordeste, com redução de 8,6% em comparação com o valor transferido de 2019. Além de todos os portes populacionais do Nordeste perderem recursos nessa comparação, os de porte populacional até 20 mil habitantes podem ter a maior perda, chegando a uma queda média de 12,5%, apesar de o teto do cadastro para esse grupo de municípios chegar a 96% da população, e o cadastramento já ter alcançado 88% do teto do cadastro. Apenas os municípios da região Sul apresentam ganhos em termos agregados (+1,2%), concentrados entre os de menor porte populacional (+6,4%) (tabela 9).

**Tabela 27: Cadastramento do 3º quadrimestre de 2020: diferença percentual entre o valor anual estimado para a APS em comparação com o valor transferido em 2019, por região e porte populacional**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
Norte	-0,3%	0,4%	-12,7%	0,6%	-17,5%	<b>-4,8%</b>
Nordeste	-12,5%	-6,8%	-7,2%	-7,7%	-5,9%	<b>-8,6%</b>
Sudeste	-2,3%	-3,1%	-7,9%	-13,7%	-6,6%	<b>-7,1%</b>
Sul	6,4%	-0,6%	-2,3%	-1,6%	-0,7%	<b>1,2%</b>
Centro-Oeste	-3,2%	-2,1%	-3,3%	-8,7%	-10,6%	<b>-5,8%</b>
<b>Total</b>	<b>-5,2%</b>	<b>-4,2%</b>	<b>-7,2%</b>	<b>-8,5%</b>	<b>-7,1%</b>	<b>-6,3%</b>

Fonte: FNS/MS e SISAB/MS.

Esse resultado seria observado se o prazo máximo para implantar a nova modalidade de transferência com base na capitação não tivesse sido adiada para maio. Como regra do período de transição, o Ministério da Saúde tem repassado valores adicionais para os municípios com potenciais perdas, na expectativa que até o início da implantação efetiva da capitação ponderada o processo de cadastramento avance mais naqueles municípios que não conseguiram alcançar o teto do cadastro.

Contudo, cabe observar que a perda teria sido mais significativa nos municípios de menor porte da região Nordeste, apesar de esses já estarem com um processo de cadastramento bem avançando naquele trimestre. Não por acaso esse é o conjunto de municípios com maior representatividade entre aqueles enquadrados na Portaria nº 173/2020, que registrariam as maiores perdas com a efetiva implantação da capitação ponderada, mesmo que alcancem o teto do cadastro.

**Tabela 28: Percentual de Municípios com Fator Compensatório de Transição\*, por região e porte populacional**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
Norte	17,8%	7,7%	20,9%	0,0%	20,0%	<b>14,4%</b>
Nordeste	39,4%	18,0%	7,4%	1,9%	0,0%	<b>30,5%</b>
Sudeste	23,1%	12,5%	12,8%	12,9%	18,2%	<b>19,7%</b>
Sul	8,4%	8,1%	3,4%	0,0%	0,0%	<b>7,7%</b>
Centro-Oeste	17,1%	9,0%	0,0%	5,3%	0,0%	<b>14,1%</b>
<b>Total</b>	<b>23,6%</b>	<b>13,3%</b>	<b>9,7%</b>	<b>6,9%</b>	<b>10,2%</b>	<b>19,7%</b>

Fonte: Portaria nº 173/2020. Elaboração própria.

\*Municípios enquadrados conforme essa portaria

### **Componente Capitação: Teto do Cadastro x 2019**

Ainda que os municípios avancem com o processo de cadastramento, um ponto importante refere-se ao teto do cadastro, que é baseado no número de equipes implantadas no município. Caso todos os municípios consigam atingir o teto do cadastro, o resultado agregado é um aumento médio de 5,0%, com variações entre os municípios:

- 3.525 municípios (63% da população) ganham, em conjunto, R\$ 1,68 bilhão;
- 277 municípios (5% da população) não tiveram alteração (variação de -1% a 1%);
- 1.767 municípios (32% da população) perdem, em conjunto, R\$ 777 milhões).

Os maiores ganhos do pagamento com base no teto do cadastro são dos municípios da região Sul (+11,2%), enquanto as perdas estão concentradas na região Nordeste, com destaque para o resultado dos menores municípios (-6,2%), e para o menor percentual de aumento agregado (+1,8%) (Tabela 29).

**Tabela 30: Diferença % entre o valor anual estimado para a APS com o Teto do Cadastro em dez/2020 e o transferido em 2019**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
Norte	6,5%	7,0%	-3,4%	13,9%	8,7%	<b>6,8%</b>
Nordeste	-6,2%	1,9%	5,2%	8,6%	9,3%	<b>1,8%</b>
Sudeste	4,1%	5,4%	6,2%	3,4%	6,8%	<b>5,1%</b>
Sul	11,1%	8,0%	7,4%	13,6%	14,9%	<b>11,2%</b>
Centro-Oeste	1,2%	4,1%	7,9%	9,0%	14,3%	<b>7,2%</b>
<b>Total</b>	<b>0,5%</b>	<b>4,0%</b>	<b>4,8%</b>	<b>7,7%</b>	<b>8,9%</b>	<b>5,0%</b>

Fonte: FNS/MS e SISAB/MS.

O ganho médio de 5,0% com o teto do cadastro apresentado na tabela 8 revela uma situação bastante diferenciada entre os municípios enquadrados nas portarias 172 e 173, conforme esperado. Os 4.471 municípios listados da Portaria nº 172 ganham em média 9,5% (Tabela 31), enquanto os 1.089 municípios da Portaria nº 173 perdem em média 25,3%, com perda média de 35,7% nos municípios de 100 a 500 mil habitantes (Tabela 32).

**Tabela 33: Diferença % entre o valor estimado com o Teto do Cadastro (dez/2020) e o transferido em 2019 – 4.471 municípios da Port. 172/2020**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
Norte	12,2%	8,6%	6,4%	11,1%	16,2%	<b>10,7%</b>
Nordeste	6,6%	8,3%	9,3%	8,1%	9,3%	<b>8,2%</b>
Sudeste	12,9%	10,0%	8,3%	8,1%	7,4%	<b>9,0%</b>
Sul	14,4%	9,8%	8,8%	13,6%	14,9%	<b>12,8%</b>
Centro-Oeste	7,6%	5,3%	7,9%	11,1%	14,3%	<b>9,6%</b>
<b>Total</b>	<b>10,5%</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,6%</b>	<b>9,6%</b>	<b>9,7%</b>	<b>9,5%</b>

Fonte: FNS (2019), SISAB/MS e Portaria nº 172/2020. Elaboração própria.

**Tabela 34: Diferença % entre o valor estimado com o Teto do Cadastro (dez/2020) e o transferido em 2019 – 1.089 municípios da Port. 173/2020**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
<b>Norte</b>	-21,5%	-18,7%	-22,7%		-14,9%	<b>-19,5%</b>
<b>Nordeste</b>	-24,4%	-26,1%	-27,1%	-24,5%		<b>-25,1%</b>
<b>Sudeste</b>	-23,6%	-28,4%	-34,3%	-37,7%	-24,7%	<b>-28,0%</b>
<b>Sul</b>	-24,5%	-20,9%	-29,1%			<b>-23,9%</b>
<b>Centro-Oeste</b>	-23,7%	-26,2%		-31,4%		<b>-25,3%</b>
<b>Total</b>	<b>-24,1%</b>	<b>-25,7%</b>	<b>-27,7%</b>	<b>-35,7%</b>	<b>-20,9%</b>	<b>-25,3%</b>

Fonte: FNS (2019), SISAB/MS e Portaria nº 172/2020. Elaboração própria.

Considerando como referência dezembro de 2020, os municípios de menos de 20 mil habitantes da região Nordeste ainda perderiam mesmo se alcançassem o teto do cadastro, e considerando que este já representa 96,3% da população, não há como alcançar o valor de 2019 devido às regras adotadas para a capitação ponderada.

Para avaliar o impacto da mudança do modelo, é necessário investigar os critérios para definição dos valores e seus resultados em termos de diferencial de valores em relação à média. Não é objetivo desta nota avaliar cada um dos critérios de distribuição dos recursos no período anterior, até 2019, mas comparar o resultado da aplicação desses critérios. A seguir vamos comparar os valores transferidos em 2019 por habitante com os previstos com o teto do cadastro, e calcular os valores por habitante por componente do PAB. Em 2019 o valor transferido foi de R\$ 86,24 por habitante (Tabela 35), enquanto o valor previsto com o teto do cadastro é de R\$ 89,88 (Tabela 36).

**Tabela 37: Transferências do FNS para Atenção Primária à Saúde em 2019, valor médio por habitante, região e porte populacional**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
<b>Norte</b>	145,54	114,82	97,08	80,95	48,61	89,32
<b>Nordeste</b>	173,49	142,90	111,62	91,93	64,62	116,82
<b>Sudeste</b>	131,42	94,71	74,85	54,78	54,76	68,47
<b>Sul</b>	125,71	88,21	72,17	65,21	56,29	80,78
<b>Centro-Oeste</b>	138,53	116,16	93,04	64,09	53,84	82,12

<b>Total</b>	<b>147,27</b>	<b>116,89</b>	<b>90,76</b>	<b>65,97</b>	<b>56,36</b>	<b>86,24</b>
--------------	---------------	---------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Fonte: FNS e IBGE (população 2019). Elaboração própria.

**Tabela 38: Transferência estimada para a APS, valor médio por habitante após a mudança do Previde Brasil, por região e porte populacional**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
<b>Norte</b>	158,28	118,83	99,07	86,34	52,20	94,13
<b>Nordeste</b>	165,61	143,21	117,97	97,08	70,21	118,29
<b>Sudeste</b>	138,00	100,41	75,81	57,82	56,77	71,46
<b>Sul</b>	139,84	94,18	76,85	73,34	64,16	89,21
<b>Centro-Oeste</b>	145,07	114,34	98,82	68,76	60,78	86,90
<b>Total</b>	<b>150,48</b>	<b>119,78</b>	<b>94,40</b>	<b>70,74</b>	<b>60,20</b>	<b>89,88</b>

\*Considerando o teto do cadastro na proposta de capitação.

Fonte: SISAB/MS e IBGE (população 2020). Elaboração própria.

Comparemos os valores por habitante distribuídos nos PABs fixo e variável com o da capitação ponderada. Tomando como parâmetro de comparação os municípios de menos de 20 mil habitantes da região Nordeste, verifica-se um valor médio de R\$ 28,08, com adicional de 14,6% acima da média do País (R\$ 24,51).

**Tabela 39: Transferência do PAB Fixo por habitante em 2019, por região e porte populacional**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
<b>Norte</b>	27,94	27,26	24,45	23,41	22,16	24,56
<b>Nordeste</b>	28,08	28,13	25,73	24,08	22,87	25,80
<b>Sudeste</b>	27,12	25,70	25,20	22,68	22,82	23,72
<b>Sul</b>	27,46	25,60	24,92	23,24	22,53	24,59
<b>Centro-Oeste</b>	26,99	27,35	24,72	22,68	22,27	24,09
<b>Total</b>	<b>27,59</b>	<b>26,96</b>	<b>25,22</b>	<b>23,09</b>	<b>22,70</b>	<b>24,51</b>

Fonte: FNS e IBGE (população 2019). Elaboração própria.

**Tabela 40: Transferência do PAB Variável por habitante em 2019, por região e porte populacional**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
<b>Norte</b>	84,16	57,54	45,89	33,51	18,53	<b>42,48</b>
<b>Nordeste</b>	106,82	80,72	55,72	43,93	25,28	<b>62,63</b>
<b>Sudeste</b>	77,20	49,48	34,20	22,13	27,83	<b>33,91</b>
<b>Sul</b>	68,67	42,90	31,80	28,78	24,05	<b>38,88</b>
<b>Centro-Oeste</b>	79,01	61,60	46,70	26,64	21,47	<b>39,87</b>
<b>Total</b>	<b>87,01</b>	<b>62,84</b>	<b>43,32</b>	<b>28,41</b>	<b>25,62</b>	<b>43,63</b>

Fonte: FNS e IBGE (população 2019). Elaboração própria.

O PAB variável tinha regras fortemente redistributivas, com valor médio por habitante na região Nordeste de R\$ 62,63, 43,5% superior à média do País, de R\$ 43,63. Para os municípios com menos de 20 mil habitantes do Nordeste, o valor médio transferido foi de R\$ 106,82, 144,8% superior à média.

O Previne Brasil parte de um valor base de R\$ 50,50 e tem dois mecanismos redistributivos: i) o fator de ponderação de 30% e ii) os multiplicadores de 1,45 e 2,00 para os municípios não urbanos conforme classificação do IBGE.

O fator de ponderação eleva em 10,6% o valor médio do País, de R\$ 55,85, sobre o valor-base de R\$ 50,50. Os valores variam de R\$ 53,79 no município que registra o menor percentual de cadastrados enquadrados no critério de ponderação, Ilhabela-SP, com 21,7%, a R\$ 65,65 para os municípios que alcançaram 100% dos cadastros com critério de ponderação<sup>15</sup> (Tabela 41).

**Tabela 42: Valor Médio por cadastrado em equipes homologadas no 3º quadrimestre de 2020 com o fator de ponderação de 30%, por região e porte populacional**

Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
<b>Norte</b>	56,54	56,62	56,33	55,71	55,02	<b>56,03</b>
<b>Nordeste</b>	57,97	57,54	56,96	56,09	55,58	<b>57,01</b>
<b>Sudeste</b>	56,15	55,60	55,21	55,10	54,79	<b>55,25</b>
<b>Sul</b>	55,88	55,24	55,20	54,94	54,88	<b>55,28</b>
<b>Centro-Oeste</b>	55,64	55,23	55,02	54,92	54,69	<b>55,10</b>
<b>Total</b>	<b>56,74</b>	<b>56,43</b>	<b>55,96</b>	<b>55,34</b>	<b>54,98</b>	<b>55,85</b>

Fonte: SISAB/MS, base de dados do 3º quadrimestre de 2020. Elaboração própria.

O segundo mecanismo garante valores per capita maiores para os municípios não urbanos, compensando o menor quantitativo potencial de pessoas nesses municípios de forma a manter fixo o valor transferido por equipe de Saúde da Família, conforme demonstrado anteriormente.

O resultado agregado da implantação da capitação ponderada decorre das mudanças das regras de partilha. O valor por habitante previsto com o teto do cadastro é 4,22% superior ao valor per capita transferido em 2019, um ganho real de 0,97%, deflacionando-se os valores pela variação anual média do IPCA, de 3,21%.

O impacto é bastante diferenciado por porte populacional e por região, verificando-se o maior aumento na região Sul e o menor na região Nordeste. Separando-se os municípios por porte populacional, verifica-se redução de 4,54% do valor per capita transferido para os municípios da região Nordeste de menos de 20 mil habitantes e de 1,56% nos municípios da região Centro-Oeste de 20 a 50 mil habitantes. Por outro lado, os municípios da região Sul com mais de 500

<sup>15</sup> Quando o número de cadastrados ultrapassa o teto do cadastro, são utilizados no cálculo preferencialmente os cadastros enquadrados no critério de ponderação. Por exemplo, consideremos um município urbano de 10 mil habitantes com apenas uma equipe de SF, com teto de cadastro de 4 mil. Se cadastrar 6 mil pessoas, sendo 4,5 mil com critério de ponderação, serão considerados para cálculo 4 mil cadastros com acréscimo de 30%.

mil habitantes aumentam o valor por habitante em 13,98%, com destaque para Joinville-SC (+36,8%).

**Tabela 43: Diferença % entre o valor por habitante transferido em 2019 e o valor previsto após a transição com capitação ponderada calculada pelo teto do cadastro, por região e porte populacional**

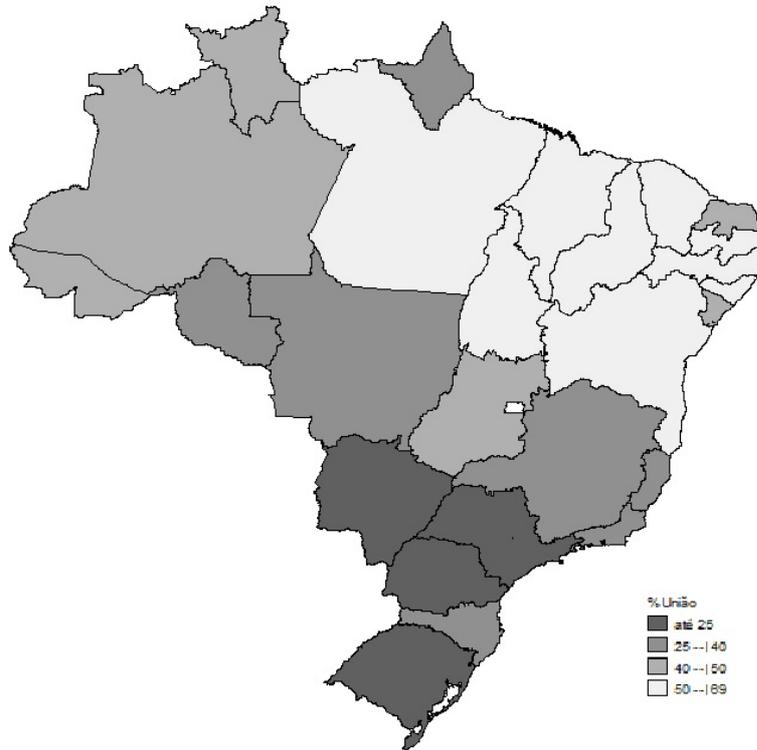
Região	Menos de 20 mil Hab	De 20 a 50 mil Hab	De 50 a 100 mil Hab	De 100 a 500 mil Hab	Mais de 500 mil Hab	Total
<b>Norte</b>	8,75%	3,49%	2,05%	6,65%	7,39%	5,39%
<b>Nordeste</b>	-4,54%	0,22%	5,69%	5,61%	8,66%	1,25%
<b>Sudeste</b>	5,01%	6,01%	1,29%	5,54%	3,67%	4,37%
<b>Sul</b>	11,25%	6,78%	6,48%	12,47%	13,98%	10,43%
<b>Centro-Oeste</b>	4,72%	-1,56%	6,21%	7,28%	12,90%	5,82%
<b>Total</b>	<b>2,18%</b>	<b>2,47%</b>	<b>4,01%</b>	<b>7,24%</b>	<b>6,80%</b>	<b>4,22%</b>

#### **Simulando o impacto considerando o recurso aplicado pelas três esferas de governo em APS em 2019**

Se a perda média seria de 6,3% considerando o cadastramento até dezembro de 2020 e o total de recursos transferidos pelo governo federal em 2019, o impacto dessa perda será maior ou menor a depender do total de recursos próprios aplicados por estados e municípios em atenção primária à saúde.

Em 2019, as transferências federais fundo a fundo respondiam por 33,8% do total de recursos aplicados em APS nos municípios. A maior parte do financiamento da APS era proveniente de recursos próprios dos municípios (60,1%), com diferenças regionais relevantes (Figura 1).

**Figura 1: Valor Médio por cadastrado em equipes homologadas no 3º quadrimestre de 2020 com o fator de ponderação de 30%, por região e porte populacional**



Essa diferença na participação de recursos federais no financiamento da atenção primária irá se refletir num impacto maior ou menor da mudança do modelo. Na média dos estados em cada região, os municípios dos estados do Nordeste passam a ter um ganho de 0,7% em relação ao valor total aplicado em 2019 caso alcancem o teto do cadastro. Ainda assim, quatro estados dessa região (PI, RN, PB e AL) teriam perdas no total de recursos em 2020 quando comparado a 2019 se a transferência fosse feita considerando o teto do cadastro. Se a mudança tivesse sido implementada com base no cadastro do 3º quadrimestre de 2020, considerando o total da população cadastrada até aquele momento, o impacto seria negativo, com uma perda média de 1,7% dos recursos totais aplicados em atenção primária (Tabela 44).

**Tabela 45: Diferença entre o valor e percentual do impacto das mudanças pelo teto do cadastro e total da população cadastrada até dezembro de 2020, considerando o recurso do FNS e o recurso total aplicada nos municípios em 2019**

UF / Região	Valor Anual com Teto do Cadastro				Valor Anual com Cadastro 2020 Q3			
	APS Mun com Teto do Cadastro	Diferença para 2019 FNS em R\$ milhões	Diferença para 2019 FNS em %	Diferença para 2019 Despesa Total dos Municípios em %	APS Mun com Teto do Cadastro	Diferença para 2019 FNS em R\$ milhões	Diferença para 2019 FNS em %	Diferença para 2019 Despesa Total dos Municípios em %
RO	164	24	16,7%	5,3%	155	15	10,4%	3,3%
AC	91	8	10,2%	2,9%	82	-1	-1,7%	-0,5%
AM	418	48	12,9%	4,2%	390	20	5,4%	1,7%
RR	55	9	19,3%	5,4%	51	5	11,6%	3,2%
PA	740	9	1,2%	0,5%	631	-99	-13,6%	-5,6%

AP	63	4	7,1%	1,9%	48	-11	-19,3%	-5,3%
TO	227	9	4,3%	1,6%	211	-6	-2,8%	-1,1%
MA	881	32	3,7%	1,6%	775	-74	-8,7%	-3,8%
PI	511	-19	-3,6%	-1,5%	478	-52	-9,8%	-4,0%
CE	1.110	103	10,2%	4,7%	1.010	3	0,3%	0,1%
RN	424	-28	-6,3%	-2,4%	376	-76	-16,8%	-6,4%
PB	574	-43	-7,0%	-2,9%	521	-96	-15,6%	-6,4%
PE	1.041	23	2,3%	1,0%	922	-96	-9,4%	-4,2%
AL	362	-33	-8,3%	-3,2%	333	-61	-15,6%	-5,9%
SE	265	16	6,4%	2,2%	230	-19	-7,6%	-2,6%
BA	1.619	69	4,5%	1,8%	1.447	-103	-6,7%	-2,7%
MG	2.345	104	4,7%	1,7%	2.161	-79	-3,5%	-1,3%
ES	365	79	27,7%	8,3%	309	23	7,9%	2,4%
RJ	1.129	24	2,2%	0,6%	953	-153	-13,8%	-3,6%
SP	2.521	102	4,2%	0,6%	2.196	-222	-9,2%	-1,3%
PR	998	99	11,0%	2,0%	926	27	3,0%	0,5%
SC	783	61	8,5%	1,8%	742	20	2,8%	0,6%
RS	912	111	13,9%	2,7%	783	-18	-2,2%	-0,4%
MS	313	35	12,5%	2,8%	283	5	1,7%	0,4%
MT	343	9	2,6%	0,8%	323	-11	-3,3%	-1,1%
GO	629	42	7,2%	2,8%	543	-44	-7,5%	-2,9%
DF	150	10	7,1%	1,8%	112	-27	-19,5%	-4,9%
<b>Total</b>	<b>19.032</b>	<b>908</b>	<b>5,0%</b>	<b>1,4%</b>	<b>16.992</b>	<b>-1.133</b>	<b>-6,3%</b>	<b>-1,7%</b>
Norte	1.758	111	6,8%	2,4%	1.568	-78	-4,8%	-1,7%
Nordeste	6.786	119	1,8%	0,7%	6.092	-575	-8,6%	-3,6%
Sudeste	6.361	310	5,1%	1,1%	5.619	-432	-7,1%	-1,5%
Sul	2.694	272	11,2%	2,2%	2.451	29	1,2%	0,2%
C.O. s/ DF	1.285	86	7,2%	2,2%	1.148	-50	-4,2%	-1,3%
Centro-Oeste	1.434	96	7,2%	2,5%	1.261	-78	-5,8%	-2,0%

Fonte: SISAB/MS e FNS/MS

### 2.3.5 Considerações Finais

O novo modelo de financiamento da atenção primária tem sido objeto de intensos debates, e sua implantação foi conduzida com apoio dos representantes dos gestores dos três níveis de governo. O Conasems tem defendido que o novo modelo aumenta a autonomia da gestão com a revisão de um modelo que já tem mais de 20 anos. Da perspectiva federal, o Previne Brasil representaria um avanço pelo fato de o cadastro referir-se à perspectiva de uma população a ser efetivamente atendida e não uma cobertura estimada, além de rever o modelo para, segundo eles, aproximar-se mais de resultados diretos para a população (CIT, 2019, Harzheim et al, 2020). Segundo a equipe da Secretaria de Atenção Primária (SAPS), a análise do cadastro mostrava uma cobertura de 93 milhões de pessoas, contra uma cobertura de 148 milhões estimada utilizando a cálculo de pessoas por equipes, sendo que em 26 dos 27 estados a população efetivamente cadastrada seria menor do que a cobertura estimada. Assim, um modelo baseado num pagamento por capitação estimularia o cadastramento efetivo e associado ao pagamento por desempenho induziria a uma maior responsabilidade das equipes pela população sob sua responsabilidade (Harzheim et al, 2020).

Pesquisadores têm demonstrado preocupação com a mudança. Esses autores lembram que a eSF foi responsável por importantes conquistas, como a redução da mortalidade infantil, da mortalidade materna, e de internações por condições sensíveis à atenção primária. Esse modelo tinha por base o trabalho em equipes multiprofissionais, com atendimento comunitário e um território bem definido. A atenção ao longo da vida e considerando os determinantes sociais da saúde induziria a uma saída do cuidado agudo e focaria mais na prevenção e promoção da saúde, com acompanhamento mais adequado a uma prevalência maior de condições crônicas. A preocupação demonstrada está relacionada a alguns aspectos que diferenciariam esse modelo da proposta contida no Previne Brasil: (i) focalização versus universalidade; (ii) retorno ao cuidado agudo e redução do foco na promoção e prevenção; (iii) enfraquecimento do componente multiprofissional. Na discussão sobre focalização, alguns autores afirmam que há alguns aspectos do novo modelo que podem induzir a que isso aconteça. Como o modelo de alocação de recursos passa a ser baseado nos indivíduos (por capitação), a menos que todos os residentes sejam vinculados a uma equipe, assume-se que a atenção seria voltada prioritariamente para aqueles que estão cadastrados na equipe, o que pode colocar em risco a universalidade da atenção primária. Além disso, o fato de a PNAB 2017 ter flexibilizado a composição e carga horária das equipes permite que se implante equipes de Saúde da Família com apenas um agente comunitário de saúde (ACS) e, também, que se implante equipes de atenção primária somente com médicos e equipes de enfermagem.

A ausência do ACS na equipe reduziria a atuação comunitária e sobre os determinantes sociais da saúde no território. Ao mesmo tempo, as equipes passam a ser compostas a partir de cargas horárias mínimas de dez horas semanais. A ausência de um incentivo claro para implantação de equipes multiprofissionais pode levar à sua redução, com implantação de equipes com cargas horárias reduzidas e um enfraquecimento do acompanhamento longitudinal, visto que os profissionais não estariam com a maior parte da sua jornada dedicada à atuação na atenção primária (Giovanella, Franco, Almeida, 2020). *“Com estas iniciativas, a própria ideia de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF deixou de ser incentivada e em médio prazo tende a desaparecer, substituída por equipes cuja composição conste um profissional médico e*

*um enfermeiro*” (Giovanela, Franco, Almeida, 2020, p. 1477). Outra preocupação apontada por esses autores refere-se à Carteira de Serviços de Atenção Primária, que não destaca a atuação do ACS nem discute o papel da APS na rede regionalizada de atenção à saúde. Além disso, uma carteira de serviços combinada com a capitação ponderada pode facilitar a contratualização da atenção primária com o setor privado, o que implicaria uma mudança ainda mais expressiva no modelo que hoje é universal e focado fortemente na atenção por meio de unidades públicas e equipes contratadas por gestores municipais.

Esse debate sinaliza para a importância de se organizar um sistema de monitoramento e avaliação do novo modelo. Contudo, não é o foco desse relatório, que tratou do impacto das mudanças do financiamento sobre a disponibilidade de recursos para a atenção primária nos municípios. Assim, esse trabalho estimou as perdas e os ganhos potenciais de cada município, apresentando os dados agregados por grande região do País e porte populacional.

No período de transição para o novo modelo foi criado um bônus, com transferências em média 15,3% maiores que o valor transferido em 2019 em decorrência da introdução do Fator Compensatório de Transição para os municípios que perdiam com o novo modelo (Portaria nº 173) e do adicional per capita de transição de R\$ 5,95 por habitante/ano para os que ganhavam com a implantação da capitação ponderada quando atingissem o teto do cadastro (Portaria nº 172).

As perdas e os ganhos de cada município vão depender de:

1. Capacidade do município de cadastrar a população para alcançar o teto do cadastro.
2. Para uma parcela dos municípios, mesmo alcançado o teto do cadastro, dependerá de sua capacidade de implantar novas equipes para ampliar a cobertura populacional.
3. Existe ainda uma outra parcela de municípios que mesmo ampliando o número de equipes para alcançar toda a população, e cadastrando a totalidade do teto do cadastro, não há garantia de manutenção do valor transferido em 2019.

Se fosse considerando o total de pessoas cadastradas nas ESF e EAP até dezembro de 2020, a perda média seria de 6,5% quando comparado com o valor transferido em 2019. Considerando que todos os municípios alcançassem o teto do cadastro, o ganho médio seria de 5%. Contudo, observa-se importantes disparidades por porte e região. Mesmo alcançando o teto do cadastro os municípios com menos de 20 mil habitantes da região Nordeste teriam uma perda de 6,2%. Quando se considera somente os municípios que estão recebendo o FCT, mesmo alcançado o teto do cadastro, eles perderiam 25% dos recursos em relação a 2019.

Na média, os municípios de até 20 mil habitantes na região Nordeste e de 50 a 100 mil habitantes na região Norte perdem com as regras de cálculo da capitação ponderada quando comparados com o modelo anterior dos PAB fixo e variável simplesmente porque são diferentes das regras anteriores, e da forma que foram desenhadas, retiram valores de alguns municípios para beneficiar outros. Contudo, há diferenças nos resultados para municípios da mesma região e porte populacional os quais merecem análises mais detalhadas dentro desses grupos. Quanto aos ganhos com o novo modelo, destacam-se os municípios de grande porte da região Sul.

No caso dos municípios que poderiam compensar as perdas implantando novas equipes, essa implantação requer (i) que os municípios aloquem mais recursos próprios para o financiamento

da atenção primária, visto que, como mostrado, eles respondem, em média, por 60% do financiamento e (ii) que eles tenham capacidade de atrair e fixar profissionais na atenção primária. No caso da alocação de recursos, isso dependerá da situação fiscal de cada um dos municípios e do quanto esses estão premidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Para aqueles municípios que já estão próximos do limite de gasto do pessoal da LRF não seria factível implantar novas equipes contratando diretamente profissionais. A atração e a fixação de profissionais têm sido um grande desafio para a atenção primária. A escassez e a má distribuição de profissionais médicos e as questões de valorização e inserção de enfermeiros, por exemplo, têm implicações para a organização da atenção primária.

## ANEXO

**Tabela A.1. – Simulação de valor médio por Equipe de Saúde da Família e valor per capita, conforme cenários de % de população com critério de ponderação e % de pop. cadastrada conforme classificação dos municípios pelo IBGE**

Cadastramento	Teto em % da população	% pop vuln. / perfil demogr.	Valor por Equipe SF/mês (1/12)			Valor Anual por Pessoa Cadastrada		
			Município A Urbano	Município B Rural Adjacente	Município C Rural Remoto	Município A Urbano	Município B Rural Adjacente	Município C Rural Remoto
<b>100% do Teto do Cadastro</b>	28%	0%	R\$ 16.833	R\$ 16.781	R\$ 16.833	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	60%	0%	R\$ 16.833	R\$ 16.781	R\$ 16.833	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	80%	0%	R\$ 16.833	R\$ 16.781	R\$ 16.833	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	96%	0%	R\$ 16.833	R\$ 16.781	R\$ 16.833	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	28%	30%	R\$ 18.348	R\$ 18.291	R\$ 18.348	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	60%	30%	R\$ 18.348	R\$ 18.291	R\$ 18.348	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	80%	30%	R\$ 18.348	R\$ 18.291	R\$ 18.348	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	96%	30%	R\$ 18.348	R\$ 18.291	R\$ 18.348	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	28%	60%	R\$ 19.863	R\$ 19.801	R\$ 19.863	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
	60%	60%	R\$ 19.863	R\$ 19.801	R\$ 19.863	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
	80%	60%	R\$ 19.863	R\$ 19.801	R\$ 19.863	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
	96%	60%	R\$ 19.863	R\$ 19.801	R\$ 19.863	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
	28%	90%	R\$ 21.378	R\$ 21.312	R\$ 21.378	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27
	60%	90%	R\$ 21.378	R\$ 21.312	R\$ 21.378	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27
	80%	90%	R\$ 21.378	R\$ 21.312	R\$ 21.378	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27
	96%	90%	R\$ 21.378	R\$ 21.312	R\$ 21.378	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27
	28%	100%	R\$ 21.883	R\$ 21.815	R\$ 21.883	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30
	60%	100%	R\$ 21.883	R\$ 21.815	R\$ 21.883	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30
	80%	100%	R\$ 21.883	R\$ 21.815	R\$ 21.883	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30
	96%	100%	R\$ 21.883	R\$ 21.815	R\$ 21.883	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30
<b>50% do Teto do Cadastro</b>	14%	0%	R\$ 8.417	R\$ 8.390	R\$ 8.417	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	30%	0%	R\$ 8.417	R\$ 8.390	R\$ 8.417	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	40%	0%	R\$ 8.417	R\$ 8.390	R\$ 8.417	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	48%	0%	R\$ 8.417	R\$ 8.390	R\$ 8.417	R\$ 50,50	R\$ 73,23	R\$ 101,00
	14%	30%	R\$ 9.174	R\$ 9.145	R\$ 9.174	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	30%	30%	R\$ 9.174	R\$ 9.145	R\$ 9.174	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	40%	30%	R\$ 9.174	R\$ 9.145	R\$ 9.174	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	48%	30%	R\$ 9.174	R\$ 9.145	R\$ 9.174	R\$ 55,05	R\$ 79,82	R\$ 110,09
	14%	60%	R\$ 9.932	R\$ 9.901	R\$ 9.932	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
	30%	60%	R\$ 9.932	R\$ 9.901	R\$ 9.932	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
	40%	60%	R\$ 9.932	R\$ 9.901	R\$ 9.932	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
	48%	60%	R\$ 9.932	R\$ 9.901	R\$ 9.932	R\$ 59,59	R\$ 86,41	R\$ 119,18
14%	90%	R\$ 10.689	R\$ 10.656	R\$ 10.689	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27	

	30%	90%	R\$ 10.689	R\$ 10.656	R\$ 10.689	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27
	40%	90%	R\$ 10.689	R\$ 10.656	R\$ 10.689	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27
	48%	90%	R\$ 10.689	R\$ 10.656	R\$ 10.689	R\$ 64,14	R\$ 93,00	R\$ 128,27
	14%	100%	R\$ 10.942	R\$ 10.907	R\$ 10.942	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30
	30%	100%	R\$ 10.942	R\$ 10.907	R\$ 10.942	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30
	40%	100%	R\$ 10.942	R\$ 10.907	R\$ 10.942	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30
	48%	100%	R\$ 10.942	R\$ 10.907	R\$ 10.942	R\$ 65,65	R\$ 95,19	R\$ 131,30

Fonte: portarias 2.979/2019, 169/2020. Elaboração própria.

### 3 CONCLUSÕES DA AVALIAÇÃO

Os serviços de atenção à saúde são usualmente classificados em três níveis de complexidade. São eles: Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada de atenção básica; Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade, sendo que esses dois níveis são recorrentemente tratados de forma conjunta, recebendo a denominação de Média e Alta Complexidade (MAC) ou Atenção Especializada.

Na lógica de organização de redes hierarquizadas, conforme preceituado na Constituição Federal de 1988, a APS se posiciona como porta de entrada prioritária da rede e ordenadora do fluxo entre os diversos serviços. Os movimentos sanitaristas que influenciaram as reformas de sistemas públicos de saúde, a partir da década de 1980, inclusive o processo de concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), defendem que a atenção primária deve ser “função central e foco principal” dos sistemas de saúde.

No entanto, o fortalecimento da APS tem sido uma das preocupações de gestores públicos, usuários e pesquisadores do SUS desde a sua criação. Por vezes, o potencial de resolutividade da APS é subestimado em contextos que priorizam a alocação de recursos em ações de MAC. Trata-se de uma falsa dicotomia entre ações curativas e ações de prevenção e promoção da saúde, uma vez que a integralidade do cuidado perpassa pelo reconhecimento de que os níveis de atenção à saúde devem compor uma rede integrada e coordenada, na qual os municípios assumem papel fundamental na oferta de serviços de atenção primária

Nesse sentido, a maior parte dos recursos federais destinados à APS são transferidos para os municípios na modalidade fundo a fundo, para que esses, mediante aportes de recursos próprios e estaduais, executem as ações de APS para a população. Mais recentemente, tem crescido a importância das ações federais voltadas ao provimento de profissionais na atenção primária, o que eleva o aporte de recursos neste nível de atenção. Atualmente, o Ministério da Saúde gerencia mais de R\$ 27 bilhões ao ano referentes à atenção primária (subfunção orçamentária 301), sendo cerca de 90% executados por meio de transferência aos municípios.

Cabe destacar que em 2019 foi instituído um novo modelo de financiamento federal da Atenção Primária, denominado programa Previne Brasil. A presente avaliação foi executada durante o processo de implantação dessa nova sistemática, que teve seu cronograma afetado, dentre outros motivos, pela emergência pública ocasionada pela pandemia de Covid-19.

Nesse contexto, essa avaliação tem como pressuposto que o Ministério da Saúde possui papel importante no fortalecimento da APS, principalmente em relação ao seu financiamento e à coordenação nacional de estratégias para provimento de profissionais, que consistem no principal fator de produção das ações de atenção primária. Nesse sentido, buscou-se responder às seguintes perguntas que se alinham a esse entendimento:

Qual é o impacto dos gastos federais com a Atenção Primária à Saúde sobre os gastos com a Média e Alta Complexidade?

Qual o perfil dos profissionais (médicos e enfermeiros) e o tempo de permanência deles na Atenção Primária à Saúde, considerando sua inserção no mercado de trabalho?

Qual o impacto orçamentário-financeiro da mudança no financiamento federal da APS a partir de 2020, considerando os recursos aplicados em APS pelas três esferas de governo no ano de 2019?

Em termos teóricos e empíricos da revisão da literatura apresentados no relatório de avaliação para a primeira pergunta (item a), alguns países têm demonstrado que uma APS organizadora do sistema de saúde leva a uma tendência menor do aumento de gastos em MAC, o que pode gerar maior sustentabilidade fiscal para um sistema de saúde universal como o SUS. Assim, ao se realizar uma análise de dados em painel com efeitos fixos da cobertura populacional por APS, representada pela proporção da população coberta por equipes de APS e por ACS, sobre as internações por condições sensíveis à atenção básica, encontrou-se uma relação direta entre elas. Ou seja, o aumento de cobertura da APS tem levado ao aumento das internações e não à diminuição dessas, como poderia ser esperado. Esse resultado parece indicar que o sistema de saúde brasileiro possui necessidade de expansão nos diferentes níveis de atenção, uma vez que o fortalecimento da atenção primária tende a revelar necessidades de saúde da população até então reprimidas. No entanto, entende-se que se faz necessário aprofundar algumas análises entre aumento de cobertura da APS e seu impacto sobre as ICSAB, indicador que representa o grau de resolutividade da APS, de modo que isso seja monitorado e avaliado pelo Ministério da Saúde.

Quanto à fixação de profissionais na atenção primária, essa avaliação indica a prevalência de vínculos empregatícios temporários e intermediários, sobretudo em relação aos profissionais de medicina. Verificou-se também que o tempo de permanência de profissionais médicos e enfermeiros nos estabelecimentos de atenção primária é menor do que 5 anos para ambas as categorias profissionais. Na mesma equipe, esse tempo foi estimado em torno de 2 anos para os médicos e de 2,6 para os enfermeiros. Além disso, locais de nascimento e de formação têm influência sobre as escolhas dos profissionais médicos em relação à localidade de fixação.

Sobre a alteração do modelo de financiamento da atenção primária (Previne Brasil), foram analisados os impactos nos valores a serem transferidos pelo Ministério da Saúde aos municípios. Identificou-se que alguns municípios passarão a receber menos recursos se comparado ao parâmetro anterior, enquanto outros receberão mais recursos. Apesar de essa mudança afetar todos os municípios em alguma medida, verifica-se que as perdas tendem a se concentrar em pequenos municípios da Região Nordeste, já os ganhos serão maiores em municípios de grande porte da Região Sul. Esse efeito decorre principalmente do componente da capitação ponderada, que exige o cadastro efetivo da população coberta, limitado à quantidade de equipes de saúde da família existentes na localidade. Esses achados revelam a necessidade de que o Ministério da Saúde, mediante pactuação interfederativa, adote medidas para evitar distorções no financiamento da APS, decorrentes desse novo método de cálculo.

As conclusões obtidas a partir dessa avaliação reforçam o papel da atenção primária e sua centralidade no sistema de saúde brasileiro. No entanto, o seu fortalecimento em todo território nacional encontra dificuldades, sendo duas delas destacadas nessa avaliação, relacionadas, principalmente, ao seu financiamento e à permanência de profissionais. Essa avaliação reforça a importância do componente federal no financiamento da atenção primária, suas interações com os serviços prestados em outros níveis de atenção, particularmente as interações por condições sensíveis à atenção primária e os problemas potenciais que podem decorrer das mudanças trazidas pelo Previne Brasil.

Em decorrência dessas conclusões, identificam-se necessidades de aprimoramentos na execução de macroprocessos relacionados à atuação federal no financiamento e no monitoramento das ações de APS. Para o médio e longo prazo, é necessário o avanço das discussões sobre o modelo de atenção à saúde no SUS, com ações que possam melhorar a resolutividade da APS, definindo parâmetros e metas, entre eles, a redução das internações por condições sensíveis à APS, definindo metas relacionadas à resolutividade da APS. No curto prazo, faz-se necessário o aprimoramento da metodologia de rateio dos recursos federais no âmbito do Previne Brasil, de modo a evitar distorções alocativas que podem prejudicar a universalidade do acesso e a redução das desigualdades regionais.

Em uma perspectiva mais transversal, os desafios relacionados ao provimento e à fixação de profissionais na atenção primária apontam para a necessidade de se definir estratégias que busquem assegurar a atratividade desse segmento, obedecendo as realidades fiscais dos entes federativos e a dinâmica própria do mercado de trabalho para profissionais da saúde. No geral, os aprimoramentos propostos trazem o Ministério da Saúde como instância responsável pela coordenação da APS no nível nacional e exigem articulação com demais entes e com outros atores envolvidos no financiamento do sistema e na formação e gestão de recursos humanos na área da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. Rev. Adm. Pública vol.47 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2013

Albuquerque, M.I.N. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Recife: s.n., 2015

Almeida ER, Sousa AA, Brandão CC, Carvalho FFBC, Tavares G, SILVA KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). Revista Panamericana de Salud Pública 2018 42:e180

Andrade MV, Coelho AQ, Neto MX, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). *Health Policy and Planning*, Volume 33, Issue 3, April 2018, Pages 368-380. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>

Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. <  
<https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>>

Banco Mundial. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Vol. 1: Síntese. Novembro, 2017 (pág. 119 – item iv). <http://documents1.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>

Barbosa ACQ, Amaral PV, Francesconi GV, Rosales C, Kemper ES, Silva NC, et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e185. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.185>

BENEVIDES, R. P. S. Metodologia para identificação das transferências federais para a Atenção Primária em Saúde: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. Brasília: Ipea, 2021, Nota Técnica. No prelo.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional. Brasil, 2010-2014. Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. Tire suas dúvidas sobre o novo financiamento. 18 de novembro de 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3mKN2WT>> (Acesso em 26 de janeiro de 2021).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS FE, MACHADO MH, GIRARDI SN: A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação. Saúde para Debate* 2009, 44:13-24. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG, 2010 [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Index\\_relatorio.pdf/](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Index_relatorio.pdf/)

Campos, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate / Rio de Janeiro*, vol.38, n.esp, pp.252-264, Out 2014

Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.31, n.11, pp.2353-2366. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126114>

CIT. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo executivo da 9ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite 31 de outubro de 2019. <https://bit.ly/3xmAb1W>

- Costa FJM, Nunes L, Sanchez F. Unveiling Physicians' Choice of Practice Location: Evidence from Observed Migration. Rio de Janeiro: FGV. Paper, maio de 2019. <https://bit.ly/2UgJX6U> (acesso em 20/11/2020)
- Der MAAS LW. Análise comparativa da base social da Medicina e Enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00199116, 2018.
- ESPM. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG 2012. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: [Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pd](Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pd)
- FAVERET ACS. Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil: O Financiamento da Política de Saúde na Década de 90 e Início dos Anos 2000. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Tese de Doutorado.
- GIOVANELLA L FRANCO CM ALMEIDA PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 147
- GIRARDI SN et al. Estudo de atração e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas por meio de experimento de preferência declarada Belo Horizonte, UFMG, Nescon, janeiro de 2013
- GIRARDI SN, CARVALHO CL, ARAUJO JF, FARAH JM, MAAS LWD, et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2011. p. 171-86.5-1482, Apr. 2020
- Gonçalves Júnior, O. et al. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.872-887, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170224>
- Gonçalves Júnior, O. et al. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.872-887, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170224>
- LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2001.v6n2/269-291/pt>>.
- LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2001.v6n2/269-291/pt>>.
- MACHADO MH (Coord.) Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz 2017.
- MACHADO MH (Coord.) Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz 2017.
- Maia, L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. Rev. Saúde Publica. 2019 53:2. <http://www.rsp.fsp.usp.br/>
- Maia, L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. Rev. Saúde Publica. 2019 53:2. <http://www.rsp.fsp.usp.br/>
- MENDES, A CARNUT, L GUERRA, LDS Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 224-243, Sept. 2018

MENDES, A MARQUES, RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 900-916, Dec. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional.

MOROSINI, MVGC FONSECA, AF LIMA, LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. (organizador) Avaliação da eficiência do gasto público no SUS. Brasília: IPEA/CONASS/OPAS. 2021, no prelo.

PAIVA, A. B. GONZALEZ, R. H. S BENEVIDES, R. P. S. Instrumentos Financeiros de Coordenação no SUS. In: JACCOUD, L. (org.). Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em <<https://bit.ly/2CWlwTM>>. ISBN: 978-65-5635-005-9 DOI <https://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9>

PINTO P.A.L.A, MENEZES T.A., ROCHA R.M. Condicionantes da distribuição espacial dos médicos nos municípios brasileiros: uma análise a partir da econometria espacial. XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Foz do Iguaçu, 2016.

PÓVOA, L. ANDRADE, M. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad. Saúde Pública* 22(8), 1555 1564, 2006.

RITZEL, J PRADO, CC. Nota técnica nº 73/2012/DESID/SE/MS, de 11 de dezembro de 2012.

Santos, L. SUS: a região de saúde é o caminho. CEBES, 2013

Santos, L. Campos, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.438-446, 2015

SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.

SERVO, L. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C. PIOLA, S. F. (Org.). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea, 2011.p. 85-108.

SILVA M.C.R, MACHADO MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, Jan. 2020

SILVA, Viviane Aparecida Alvares da BARBOSA, Allan Claudius Queiroz ROCHA, Thiago Augusto Hernandes. Desempenho dos médicos na saúde da família - uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro , v. 49, n. 5, p. 1237-1262, Oct. 2015 . <https://doi.org/10.1590/0034-7612140407>.

Site e-Gestor – Informação e Gestão da Atenção Básica: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002

Viana, A. L. A. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.413-422, 2015

VIEIRA RS e SERVO LMS. Estimativa de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nota Técnica IPEA, 2013

VIEIRA, Roberta da Silva e SERVO, Luciana Mendes Santos. Estimativa de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nota Técnica IPEA, 2013

VIERA RS, SERVO LMS. Escassez de médicos no Brasil: uma análise de alguns indicadores econômicos. Ipea: Brasília, Radar nº 32 - Abril de 2014

VITORIA AM, HARZHEIM E, TAKEDA SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013 8(29):285-93. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)

## Apêndice A – Script sobre a Avaliação do Impacto dos Gastos da APS na MAC

A análise relativa ao impacto dos gastos federais com APS (medidos a partir de indicadores de cobertura da atenção primária) nos gastos com MAC (medidos pelo valor e pela quantidade das internações por causas sensíveis à atenção primária) foi realizada no software R. Todos os dados utilizados são públicos.

Visando dar maior objetividade a esse documento, o *script* com todas as etapas dessa análise, incluindo tabelas e gráficos intermediários está disponível no endereço a seguir:

[https://github.com/rodrigoeloy/CGU/raw/master/SCRIPT\\_APS\\_CMAP.docx](https://github.com/rodrigoeloy/CGU/raw/master/SCRIPT_APS_CMAP.docx)

- 
- i Santos, L. SUS: a região de saúde é o caminho. CEBES, 2013;
- ii Santos, L.; Campos, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015;
- iii Viana, A. L. A. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015;
- iv Aguilera, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública* vol.47 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2013;
- v Andrade MV, Coelho AQ, Neto MX, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). *Health Policy and Planning*, Volume 33, Issue 3, April 2018, Pages 368-380. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>;
- vi Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002;
- vii Albuquerque, M.I.N. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Recife: s.n., 2015;
- viii Campos, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate / Rio de Janeiro*, vol.38, n.esp, pp.252-264, Out 2014;
- ix Site e-Gestor – Informação e Gestão da Atenção Básica: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>;
- x Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011;
- xi Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde);
- xii Gonçalves Júnior, O. et al. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saúde Soc.* São Paulo, v.26, n.4, p.872-887, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170224>;
- xiii Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. < <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf> >;
- xv Banco Mundial. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Vol. 1: Síntese. Novembro, 2017 (pág. 119 – item iv). <http://documents1.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>;

xvi Maia, L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. Rev. Saúde Publica. 2019; 53:2. <http://www.rsp.fsp.usp.br/> ;

ALMEIDA ER, SOUSA AA, BRANDÃO CC, CARVALHO FFBC, TAVARES G, SILVA KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Revista Panamericana de Salud Pública* 2018; 42:e180

Barbosa ACQ, Amaral PV, Francesconi GV, Rosales C, Kemper ES, Silva NC, et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e185. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.185>

BENEVIDES, R. P. S. Metodologia para identificação das transferências federais para a Atenção Primária em Saúde: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. Brasília: Ipea, 2021, Nota Técnica. No prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. Tire suas dúvidas sobre o novo financiamento. 18 de novembro de 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3mKN2WT>> (Acesso em 26 de janeiro de 2021).

BRASIL. Ministério da Saúde. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional. Brasil, 2010-2014. Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

CAMPOS FE, MACHADO MH, GIRARDI SN: A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação. Saúde para Debate 2009, 44:13-24. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG, 2010 [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Index\\_relatorio.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Index_relatorio.pdf)

Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2015, vol.31, n.11, pp.2353-2366. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126114>;CIT. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo executivo da 9ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite 31 de outubro de 2019. <https://bit.ly/3xmAb1W>

Costa FJM, Nunes L, Sanchez F. Unveiling Physicians' Choice of Practice Location: Evidence from Observed Migration. Rio de Janeiro: FGV. Paper, maio de 2019. <https://bit.ly/2UgJX6U> (acesso em 20/11/2020)

ESPM. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG; 2012. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: [Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pd](Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pd)

FAVERET ACS. **Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil**: O Financiamento da Política de Saúde na Década de 90 e Início dos Anos 2000. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Tese de Doutorado.

GIOVANELLA L; FRANCO CM; ALMEIDA PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 147

- GIRARDI SN et al. Estudo de atração e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas por meio de experimento de preferência declarada Belo Horizonte, UFMG, Nescon, janeiro de 2013
- GIRARDI SN, CARVALHO CL, ARAUJO JF, FARAH JM, MAAS LWD, et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. p. 171-86.5-1482, Apr. 2020
- LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90:** relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2001.v6n2/269-291/pt>>.
- Der MAAS LW. Análise comparativa da base social da Medicina e Enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00199116, 2018.
- MACHADO MH (Coord.) Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017.
- MENDES, A; MARQUES, RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 900-916, Dec. 2014
- MENDES, A; CARNUT, L; GUERRA, LDS Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 224-243, Sept. 2018
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional.
- MOROSINI, MVGC; FONSECA, AF; LIMA, LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018.
- OCKÉ-REIS, C. O. (organizador) Avaliação da eficiência do gasto público no SUS. Brasília: IPEA/CONASS/OPAS. 2021, no prelo.
- PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R. H. S; BENEVIDES, R. P. S. **Instrumentos Financeiros de Coordenação no SUS.** In: JACCOUD, L. (org.). Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em <<https://bit.ly/2CWlwTM>>. ISBN: 978-65-5635-005-9 DOI <https://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9>
- PINTO P.A.L.A, MENEZES T.A., ROCHA R.M. Condicionantes da distribuição espacial dos médicos nos municípios brasileiros: uma análise a partir da econometria espacial. XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Foz do Iguaçu, 2016.
- PÓVOA, L.; ANDRADE, M. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública 22(8), 1555-1564, 2006.
- RITZEL, J; PRADO, CC. Nota técnica nº 73/2012/DESID/SE/MS, de 11 de dezembro de 2012.
- SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.
- SERVO, L. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011.p. 85-108.
- SILVA M.C.R, MACHADO MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, Jan. 2020

---

SILVA, Viviane Aparecida Alvares da; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; ROCHA, Thiago Augusto Hernandes. Desempenho dos médicos na saúde da família - uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1237-1262, Oct. 2015. <https://doi.org/10.1590/0034-7612140407>.

VIERA RS, SERVO LMS. Escassez de médicos no Brasil: uma análise de alguns indicadores econômicos. Ipea: Brasília, Radar nº 32 - Abril de 2014

VIEIRA RS e SERVO LMS. Estimativa de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nota Técnica IPEA, 2013

VITORIA AM, HARZHEIM E, TAKEDA SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):285-93. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)832)