

NOTA TÉCNICA:

**A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA POLÍTICA DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA: BALANÇO E PERSPECTIVA PARA O PROGRAMA “PREVINE
BRASIL”**

Nilson do Rosário Costa

Departamento de Ciências Sociais/ENSP/FIOCRUZ

Alessandro Jatobá

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antônio Ivo de Carvalho/FIOCRUZ

Paulo Roberto Fagundes da Silva

Departamento de Ciências Sociais/ENSP/FIOCRUZ

Introdução

Esta Nota Técnica descreve e analisa a resposta dos governos municipais à diretriz política do pagamento por desempenho na atenção primária à saúde no programa Previne Brasil (PB) no triênio 2020-2022. O PB é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹, instância governamental de provisão de cuidado à saúde, vigilância em saúde, prevenção e promoção, entre outras ações. Ao instituir o PB em 2019, o Ministério da Saúde (MS) encaminhou a ruptura com o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), que era baseado na transferência per capita linear para todos os municípios. Argumentou-se, na justificativa da ruptura, que os incentivos financeiros orientados ao desempenho com base nos “pisos para a atenção básica fixo e variável” das décadas anteriores não favoreceram a responsabilidade social nem a resolutividade da APS².

As novas diretrizes do financiamento do PB modificaram a política implantada pelo governo Fernando Henrique Cardoso, no âmbito do SUS, de reconhecida estabilidade institucional³. Antes do PB, as mudanças no financiamento federal da APS foram residuais: em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a opção preferencial para a organização da APS. As revisões das normativas da PNAB de 2011 e de 2017 modificaram marginalmente o desenho institucional do financiamento federal ao deixarem intocado o arranjo original da transferência para as ações e serviços de saúde do município em bases per capita⁴.

O novo modelo de financiamento do PB para a provisão de APS por município definiu, originalmente, três blocos para as transferências federais: capitação ponderada, incentivos em ações estratégicas e prioritárias e pagamento por desempenho⁵.

A transferência de recursos financeiros do componente de *capitação ponderada* considera o quantitativo de pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) pelo município, ponderada por critérios de equidade e o pagamento por incentivo para ações estratégicas contempla dezesseis programas específicos⁵.

As transferências do Previnde Brasil por desempenho nas atividades da APS do governo municipal e DF resultariam da análise dos resultados de sete indicadores de cada equipe de saúde credenciada no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O PB define que o valor do pagamento por desempenho seja calculado a partir do cumprimento da meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe de saúde. O incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponderia, portanto, ao somatório dos resultados obtidos por equipe^{5, 6}.

No início de 2021, argumentando sobre a necessidade de adotar medidas extraordinárias de apoio financeiro federal à APS, o MS definiu pela Portaria 166 que o repasse federal referente ao pagamento por desempenho seria equivalente ao resultado potencial de 100% do alcance do Indicador Sintético Final (ISF) de cada município e do Distrito Federal⁷. Ou seja, o repasse financeiro do PB foi realizado independente do desempenho informado pelo município. Posteriormente a Portaria GM/MS nº 985, de 17 de maio de 2021 prorrogou esse prazo para abarcar as competências financeiras de maio, junho, julho e agosto de 2021⁸.

Em setembro de 2021, através da Portaria nº 2.254 do MS, foi instituído o incentivo financeiro com base em critério populacional de valor a ser definido anualmente, conforme a estimativa populacional IBGE⁹. O financiamento da APS passou então a ser calculado com base em quatro componentes: 1) capitação ponderada; 2) pagamento por desempenho; 3) incentivo financeiro com base em critério populacional e 4) incentivos para ações estratégicas¹⁰. Por fim, o repasse equivalente a 100% do alcance do índice máximo de desempenho municipal foi novamente prorrogado até dezembro de 2021. Em resumo, os municípios continuaram recebendo o valor total do componente de

desempenho do PB no último quadriênio de 2021 sem a necessidade de alcançar as metas pactuadas.

A implantação da avaliação do desempenho para efeito de pagamento aos Municípios foi em seguida adiada e reduzida no escopo para 2022 (Portaria GM/MS Nº 2.396, de 22 de setembro de 2021)¹⁰. A nova metodologia contempla uma alteração expressiva na dinâmica da avaliação de desempenho ao aceitar os valores individualizados dos indicadores na avaliação quadrimestral (no primeiro semestre de 2022). Foram avaliadas as coberturas das consultas de pré-natal e dos exames para sífilis e HIV em gestantes¹⁰. Com essa pactuação, a avaliação de desempenho global por meio do ISF foi abandonada no primeiro e segundo quadrimestre de 2022^{11, 12}.

É importante ressaltar que as mudanças na aplicação dos indicadores desempenho foram pactuadas pelas representações dos secretários municipais e estaduais de saúde na Tripartite, instância máxima de decisão do SUS.

Material e Métodos

Esta Nota Técnica descreve e analisa a resposta dos governos municipais aos sete indicadores definidos pelo PB para pagamento por desempenho, utilizando as informações no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do DATASUS do Ministério da Saúde (<https://sisab.saude.gov.br/>) do período 2020 a 2021, destacando o terceiro quadrimestre de 2021.

As informações no SISAB para produção desta Nota Técnica foram coletadas em abril de 2022 no sítio do DATASUS e estratificadas por nível Nacional, Capitais e Distrito Federal.

Segundo a metodologia proposta pelo Ministério da Saúde ¹³, os indicadores de pagamento por desempenho foram consolidados por Município a cada quadrimestre. Os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento por desempenho no PB são os seguintes:

- Indicador 1: Proporção de gestantes com 6 (seis) ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
- Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico;

- Indicador 5: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
- Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
- Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

A tabela 1 elenca os indicadores de pagamento por desempenho do Previne Brasil com as metas, parâmetros e pesos pactuados nas esferas de concertação do SUS até dezembro de 2021.

Tabela 1: PARÂMETRO ESPERADO, META E PESO DOS SETE INDICADORES DO PREVINE BRASIL EM 2021.

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

Fonte: Nota Técnica N° 5/2020-DESF/SAPS/MS

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

proposta). Ainda, caso o valor atribuído seja maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0.

Uma vez calculada a nota associada ao indicador, ele é ponderado conforme o peso descrito na Tabela 1. A multiplicação da nota pelo peso resulta na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI)¹³.

A última etapa consiste na agregação, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação é realizada somando as NPI de todos os indicadores e dividindo-a por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, índice final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho do município. O valor do incentivo financeiro do Pagamento por Desempenho para os Municípios e Distrito Federal está vinculado ao desempenho global medido pelo ISF¹³.

Resultados

A Tabela 2, com dados agregados nacionalmente, mostra que a situação dos indicadores selecionados pelo Previn Brasil no SISAB era sofrível no terceiro quadrimestre de 2020, com exceção da informação sobre o indicador composto de cobertura Vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente, que apresentava a média nacional de 66%. Diante da linha de base tão insignificante para os demais seis indicadores, houve melhoria no desempenho no terceiro quadrimestre de 2021 em comparação com o observado no mesmo período em 2020, com notável exceção para a cobertura Vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente. Este indicador sofreu uma brutal redução entre os dois períodos, passando de 66% para 30%. O desempenho da cobertura vacinal informado pelo Previn Brasil está em linha com estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) que alertou, em 2020, para o risco do apagão da cobertura do Programa Nacional de Imunizações (PNI)¹⁴.

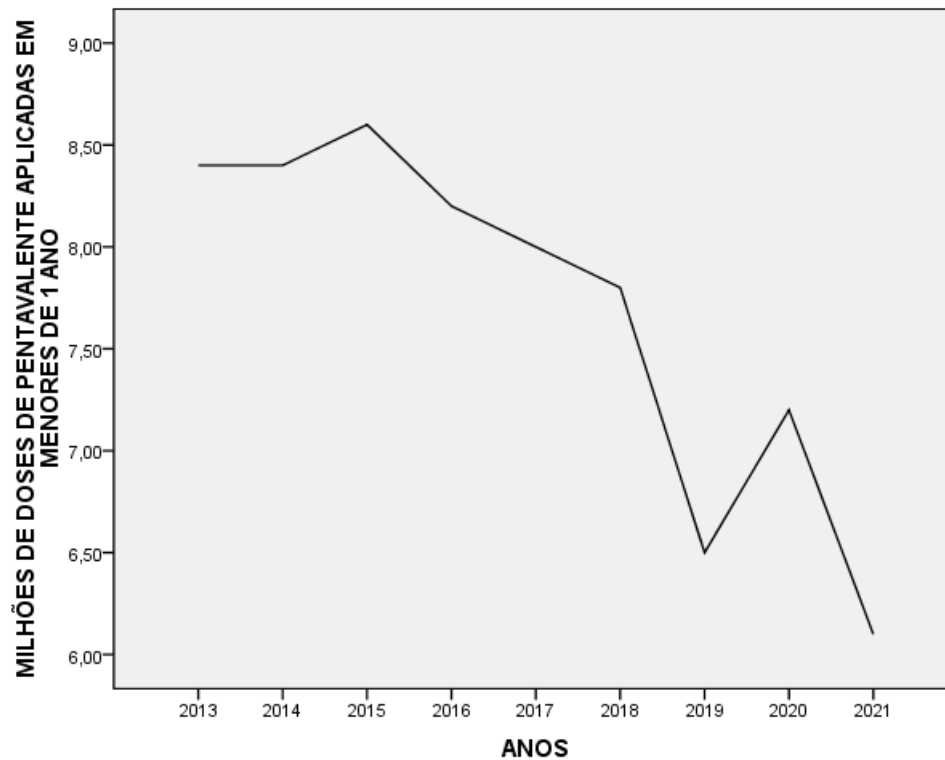
**Tabela 2: COMPARAÇÃO DOS INDICADORES DO PREVINE BRASIL
MÉDIA DO TERCEIRO DE 2020, TERCEIRO QUADRIMESTRE 2021 E
VARIAÇÃO PERCENTUAL**

Indicador	Média do Terceiro Quadrimestre de 2020 (%) (A)	Média do Terceiro Quadrimestre de 2021 (%) (B)	Variação (B-A/ A)*100
Proporção de gestantes com 6 (seis) ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	32	48	40%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	37	57	54%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	19	42	121%
Cobertura de exame citopatológico	14	15	7%
Cobertura Vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	66	29	-56%
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	4	12	200%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	7	23	229%

Fonte: DATASUS/SISAB_2021

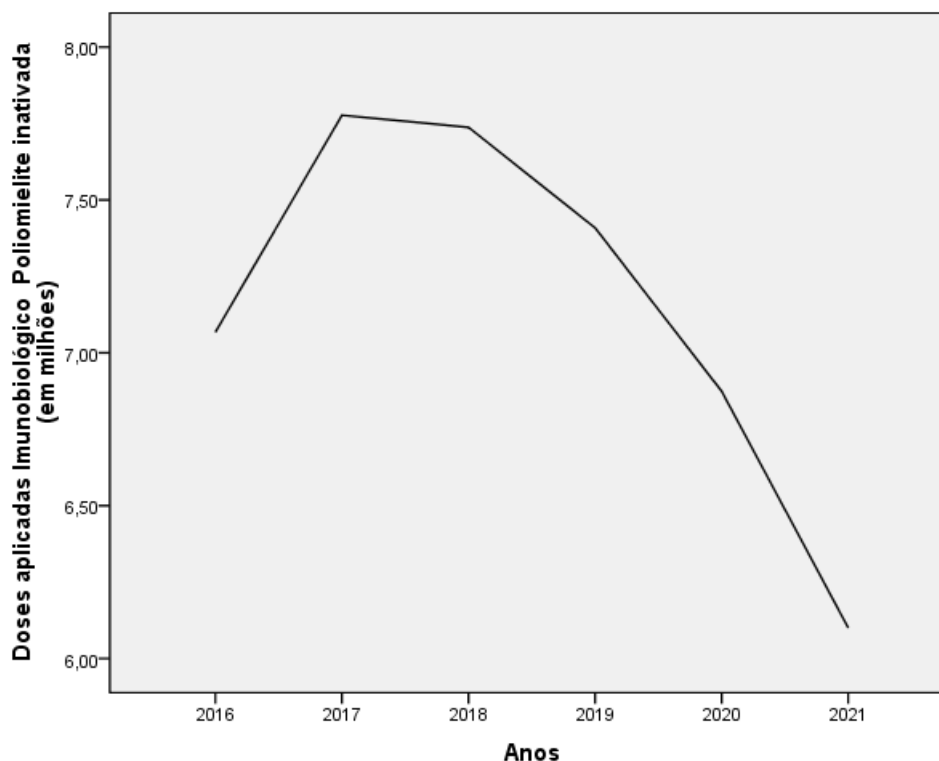
Os Gráficos A e B ratificam a informação sobre preocupante queda na aplicação das vacinas Pentavalente e da Poliomielite inativada em menores de 1 ano ao longo da conturbada implantação do Previne Brasil. Não resta dúvida que a cobertura residual na aplicação das duas vacinas no último quadrimestre de 2021 aponta para o eminente risco de crise sanitária no país.

Gráfico A: BRASIL – DOSES DA VACINA PENTAVALENTE APLICADA EM MENORES DE 1 ANO (MILHÕES DE DOSES)



Fonte: DATASUS/PNI

Gráfico B: BRASIL - DOSES APLICADAS DO IMUNOBIOLÓGICO (POLIOMIELITE INATIVADA) EM MENORES DE 1 ANO (MILHÕES DOSES) – 2016 -2021



Fonte: DATASUS/PNI

A Tabela 3 demonstra que os municípios não alcançaram as metas de desempenho propostos pela pactuação do PB para o terceiro quadrimestre de 2021. Cabe destacar que apenas a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV atingiu quase 100% da meta de cobertura pactuada para o indicador (60%) em 2021. No outro polo, a meta pactuada para aferição da pressão arterial de pessoas hipertensas pela APS alcançou apenas 11% da população alvo quando a meta era de 50%.

No mesmo quadrimestre, o alcance da meta arrojada de 95% para a cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e de Pentavalente apresentou a já referida inquietante média de cobertura de 30%. A cobertura de exame citopatológico foi de 15% e o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina de 23%.

A proposta de ampliar a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas também não atingiu a meta pactuada: apenas metade das gestantes brasileiras tiveram pelo menos seis consultas realizadas no período sendo a primeira consulta até a vigésima semana de gestação.

Tabela 3: METAS DE COBERTURA PACTUADAS PELO PREVINE BRASIL E OS RESULTADOS ALCANÇADOS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS EM 2021.

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

Fonte: DATASUS/SISAB_2021

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

Nesse cenário, a tabela 4 mostra o resultado alcançado pelas Capitais nos indicadores de avaliação de desempenho – a cobertura das seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação, e a cobertura dos exames para sífilis e HIV em gestantes – que serão considerados na avaliação do primeiro quadrimestre de 2022. Observa-se que a cobertura das consultas de pré-natal nesses municípios é absolutamente sofrível (*mediana* de 25% da população-alvo). Já a cobertura dos exames para sífilis e HIV em gestantes tem um desempenho um pouco melhor, porém metade das capitais brasileiras não atinge 50% da população de gestantes alvo da APS. O cálculo do Índice Sintético Final (ISF) revela igualmente a situação crítica no alcance dos sete indicadores pactuados em muitas Capitais brasileiras – metade delas obteve

escore do ISF abaixo de 5 – mesmo considerando as metas lenientes de cobertura pactuadas em 2021 (apresentadas na Tabela 1)

Tabela 4: COBERTURA DOS INDICADORES PACTUADOS PARA O PRIMEIRO SEMESTRE E ÍNDICE SINTÉTICO FINAL DAS CAPITAIS BRASILEIRAS*– PRIMEIRO QUADRIMESTRE DE 2022

CAPITAIS	Proporção de gestantes com 6 (seis) ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Indicador Sintético Final (ISF)**
Porto Velho	0,36	0,56	5,34
Rio Branco	0,38	0,65	5,21
Manaus	0,43	0,88	7,48
Boa Vista	0,30	0,87	5,02
Belém	0,16	0,53	4,24
Macapá	0,30	0,67	5,15
Palmas	0,38	0,53	5,48
São Luís	0,08	0,57	4,58
Teresina	0,25	0,37	4,46
Fortaleza	0,02	0,32	4,07
Natal	0,48	0,63	6,13
João Pessoa	0,08	0,24	2,21
Recife	0,24	0,30	3,96
Maceió	0,02	0,66	6,22
Aracaju	0,09	0,47	4,51
Salvador	0,01	0,37	2,66

Belo Horizonte	0,04	0,25	3,25
Vitória	0,07	0,29	4,44
Rio de Janeiro	0,57	0,76	6,24
São Paulo	0,50	0,25	3,60
Curitiba	0,08	0,70	6,57
Florianópolis	0,53	0,62	6,57
Porto Alegre	0,42	0,53	5,97
Campo Grande	0,08	0,48	5,03
Cuiabá	0,37	0,39	4,68
Goiânia	0,50	0,29	3,93
Brasília	0,07	0,73	5,50
Mediana	0,25	0,53	5,34

*Fonte: DATASUS/SISAB_2022. * Inclui todas as equipes atuando no município. ** Usando as metas informadas na Tabela 1.*

Conclusão e Discussão

O lançamento do PB na gestão do Ministro Mandetta, nos primeiros meses do governo Bolsonaro, foi envolvido em grande controvérsia. Para a coalizão de advocacia de defesa das mudanças implantadas pelo PB, o pagamento por desempenho da APS incentivaria o registro dos usuários no sistema de informações, reduzindo as falhas de tratamento; e ampliaria o controle de doenças crônicas (pressão arterial controlada, hemoglobina glicada controlada) e as ações de rastreamento (HIV, exame de colo de útero, depressão), aprimorando a prescrição de medicamentos e reduzindo as internações sensíveis à atenção primária¹⁵. A função de monitoramento e a avaliação dos indicadores de desempenho pactuados pelo MS promoveriam também o uso de prontuários eletrônicos do paciente e o cuidado longitudinal e coordenado¹⁶.

A coalizão de veto ao PB considera que a nova lógica de financiamento da APS coloca em risco o princípio da integralidade, na medida em que só reconhece as demandas evidenciadas e estratificadas. O programa também modifica a lógica de adscrição, que passa a focar na busca de clientela padronizáveis. Além disso, os critérios de distribuição de recursos não incorporam a diversidade característica dos territórios e as disparidades entre as regiões do país. Da mesma forma, a coalizão de veto critica o modelo de remuneração por desempenho, que se fixa exclusivamente na avaliação dos resultados a partir de critérios padronizados e biomédicos, incapazes de incorporar a variabilidade de situações vividas. Entende que o PB pode agravar o subfinanciamento da saúde pública no Brasil, revertendo conquistas históricas de expansão do alcance dos serviços e de redução de desigualdades^{17, 18, 19, 20}.

Em comum nas duas abordagens (advocacia e veto) existe a ideia do PB como uma política pública sustentável ao longo do ciclo conjuntural de implantação. A sustentabilidade pressupunha que as condições institucionais de implantação do programa permaneceriam incólumes a mudanças bruscas de cenário por força de crises políticas e sanitárias do período 2020-2022.

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

Como alerta a literatura, a implantação de diretrizes emanadas do Governo Central para os entes subnacionais não deve ser analisada pelo valor de face, mesmo para políticas instituídas, em razão da possibilidade de discrepância entre a formalização inicial e a concretização no processo de decisório. Nesse sentido, a análise da implantação pode considerar o fluxo das ações e decisões dos agentes governamentais vis-à-vis os obstáculos conjunturais. Esses obstáculos podem ser especialmente paralisantes da decisão governamental nas situações em que a política pública impõe perdas concentradas a uma das partes no ambiente federativo²¹. Não há dúvida de que o arranjo original do pagamento por desempenho do PB exigia que o MS impusesse perdas financeiras específicas e concentradas aos governos municipais. Entretanto, como demonstrado anteriormente, o desenho original do PB teve de adotar várias correções de rumo ao longo do triênio 2020-2022.

Cabe lembrar que a crise de governabilidade do governo Bolsonaro, iniciada no segundo semestre de 2021, tornou insustentável a competência normativa do MS. Nessa conjuntura, além da pressão da pandemia, a condição de governabilidade do Executivo federal dependeu da formação de ampla aliança com os partidos patrimonialistas de centro-direita (denominados Centrão) no Congresso Nacional para garantir governabilidade e o segundo mandato de Bolsonaro. A literatura assinala que a necessidade de negociação do Executivo Federal com os partidos de centro-direita, por razões de sobrevivência política, pode resultar na descaracterização das políticas públicas brasileiras^{22,23}.

A demissão do Ministro da Saúde Henrique Mandetta em abril de 2020²⁴, no embate em relação ao isolamento social, já tinha produzido a evasão massiva dos especialistas que formularam as diretrizes do PB do MS. A influência normativa desses especialistas favoreceu a criação no início de 2019 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde na estrutura do Ministério da Saúde com o objetivo de sustentar o novo modelo de financiamento²⁵. A saída desses especialistas deixou o PB sem a ancoragem da advocacia de parcela da burocracia pública do MS, condição crucial para a implantação da ação governamental federal²⁶.

Finalmente, a ratificação pelo Supremo Tribunal Federal (STF)²⁷ da competência concorrente dos Estados, Distrito Federal e Municípios para a tomada de providências normativas e administrativas de polícia sanitária contra a Covid-19 sobrecarregou a agenda dos governos locais, afetando as ações na APS.

Nessas condições, a proposta original do PB de 2019, que subordina as transferências do MS à proporção da população efetivamente coberta pelas equipes, à população cadastrada e ao desempenho da APS, não foi adiante no período analisado nesta Nota Técnica. Os seguidos ajustes do MS tornaram sem efeito a aplicação integral das condicionalidades para os repasses financeiros com base na capacidade de cadastrar, focalizar e informar. Desse modo, é questionável a atribuição de benefícios diretos à sociedade promovidos pelo novo modelo de financiamento da APS no período analisado²⁸.

As decisões de implantação do pagamento por desempenho foram, na realidade, seguidamente postergadas pelo Ministério da Saúde por meio de decisões pontuais^{29, 30} que afetaram a mobilização dos governos municipais para desenvolver as ações estratégicas de APS.

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

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

Por fim, em termos mais gerais, cabe lembrar que a sobrevida da avaliação de desempenho nos termos definidos pelo PB é incerta em razão das posições conflitantes da comunidade de especialistas em relação ao novo modelo de financiamento da APS apresentado nesta Nota Técnica. Por exemplo, o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e o UMANE, que contam com a assessoria de importantes lideranças da saúde pública brasileira, defendem que a estrutura corrente do PB deva ser assumida enquanto modelo de financiamento da APS, contemplando o aumento sistemático dos recursos para este nível de atenção. Advogam também que o componente de pagamento por desempenho do PB deva recompensar os municípios não apenas de acordo com o alcance das metas para os indicadores, mas também avaliando o percentual de melhora em relação a períodos anteriores, incentivando assim municípios que partiram de níveis baixos e estão avançando, ainda que não tenham alcançado os parâmetros ideais³¹.

Por outro lado, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) defende pura e simplesmente “a revogação do Programa Previne Brasil e fortalecimento dos mecanismos de redistribuição de recursos de acordo com as necessidades de saúde e de redução das desigualdades”³².

Cabe assinalar, de qualquer modo, que o federalismo brasileiro tem conseguido a promoção de elevada simetria no processo decisório no âmbito do SUS³³. Nesse contexto, nenhuma mudança no arranjo institucional vigente da política de atenção primária será levada adiante sem ampla negociação sobre as funções de monitoramento e avaliação do MS. Nessa trajetória, a preservação e aprimoramento do SISAB são de grande relevância para fortalecer o monitoramento independente das ações da APS no SUS.

Referências

1. Costa NR, Vaitsman J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis Can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2014; 16 (5): 441-456.
2. Harzheim, E et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25 (4):1361-1374.
3. Arretche, M, Marques, E, Faria CAP. *As Políticas da Política – Desigualdade e Inclusão nos Governos do PSDB e do PT*. São Paulo: Editora UNESP; 2019.
4. Melamed, C, Costa, NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciênc. saúde coletiva*, 2003; 8 (2): 393-401
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Brasil. *Portaria n° 2.979*, de 12 de novembro de 2019. Institui o PB, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria n° 3.222*, de 10 de dezembro de 2019 dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 10 dez.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e características dos espaços rurais e urbanos do Brasil – uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria n° 166*, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS n° 985*, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2° da Portaria GM/MS n° 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano 2021.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS n° 2.254*, de 3 setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS n° 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde.

11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 2.396*, de 22 de setembro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previnde Brasil, para o ano de 2021.
12. Collucci, F. Saúde 'perdoa' municípios que descumpriram metas de controle de hipertensão e diabetes. Folha de São Paulo, 21/10/2022. [Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/10/saude-perdoa-municipios-que-descumpriram-metas-de-controle-de-hipertensao-e-diabetes.shtml>]
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica nº 5/2020* [disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf]
14. Nunes, L. *Cobertura Vacinal do Brasil 2020*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudo de Política de Saúde, 2020.
15. Zacharias et al, 2021. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37 (6):e00219520.
16. Sellera, PEG et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde e, nível nacional: novos desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2020; 25 (4):1401-1411.
17. Miranda AS de. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. *Revista Saúde Em Debate*. 2020; 44 (127):1214–1230.
18. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(4):1181–8.
19. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Caderno Saúde Pública*. 2020; 36 (9):e00040220.
20. Mendes, A, Melo, MA, Carnut, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos *Cadernos de Saúde Pública*, 2022; 38 (2):e00164621
21. Hanf, K, Toonen, TAJ. *Policy Implementation in Federal and Unitary Systems*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers; 1985.

22. 22. Goulart, LN, Vieira, DM. Construção de um modelo de análise de redes de políticas públicas em contextos de federalismo e de presidencialismo. *Cadernos EBAPE*, 2020; 18(1): 91-103.
23. 23. Abrucio, F. O Centrão e Bolsonaro, *Valor Econômico*, 29/10/2021.
24. 24. Folha de S. Paulo. *Bolsonaro Demite Mandetta e Anuncia Nelson Teich como Ministério da Saúde*. 16 de Abril de 2020. Disponível em [<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/bolsonaro-demite-mandetta-e-convida-nelson-teich-para-o-ministerio-da-saude.shtml?origin=folha>].
25. 25. Reis JG, Harzheim, E, Nachif, MCA, Freitas, JC, D'Ávila, O, Hauser, L. et al . Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 24 (9):3457-3462.
26. 26. Costa NR. Burocracia pública e política social no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2017; 22 (11): 3505-3514.
27. Brasil. Supremo Tribunal Federal. *STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19*. Abril, 2020. Disponível em [<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>]
28. Harzheim, E et al. Atenção Primária à Saúde para o Século XXI: Primeiros Resultados do novo modelo de financiamento. *Ciênc. saúde coletiva*, 2022; 27(2): 609-617.
29. Conasems. *Ministério da Saúde atualiza notas técnicas sobre os indicadores por Desempenho do Previnde Brasil*. Disponível em [<https://www.conasems.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-previne-brasil/>]. Acessado em 18/05/2022
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica nº 11/2022* [disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf].
31. 31 - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e o UMANE. *Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil*. Disponível em: <https://ieps.org.br/agenda-mais-sus-evidencias-e-caminhos-para-fortalecer-a-saude-publica-no-brasil/>. Acessado em 11/07/2022.

32. Rede de Pesquisa em APS (org.). *Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022, p.75.
33. Abrucio, FL, Grin, E, Ianni, CI. “Brazilian Federalism in the Pandemic” In: *American Federal Systems and Covid-19. Responses to a Complex Intergovernmental Problem* (B. Guy Peters, Eduardo Grin, Fernando Luiz Abrucio, editores). United Kingdom: Emerald Publishing Limited; 2021:63-88