

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE SAÚDE**

MARIA LUÍSA CIRILO GOMES

**ANÁLISE DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO FINANCIAMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:
UMA ANÁLISE HISTÓRICA**

**CARUARU
2023**

MARIA LUÍSA CIRILO GOMES

**ANÁLISE DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO FINANCIAMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:
UMA ANÁLISE HISTÓRICA**

Monografia apresentada à Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde.

Orientador: Me. João Carlos Batista

CARUARU
2023

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

G633a Gomes, Maria Luísa Cirilo.

Análise do programa previne brasil no financiamento da atenção primária à saúde da IV região de saúde de Pernambuco: uma análise histórica/ Maria Luísa Cirilo Gomes. Caruaru-PE, 2024.
29 fls.: ilus.

Orientador: Me. João Carlos Batista.
Monografia-TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde Pública da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE)

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Financiamento dos Sistemas de Saúde. 3. Programa Previne Brasil. I. Título

ESPPE / BNC

CDU – 35.073.52:614:(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

MARIA LUÍSA CIRILO GOMES

**ANÁLISE DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO FINANCIAMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:
UMA ANÁLISE HISTÓRICA**

Monografia apresentada à Escola de
Governo em Saúde Pública de
Pernambuco, como parte dos requisitos
para obtenção do título de especialista em
Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de
Redes de Atenção à Saúde.

Caruaru, ____ de _____ 20__.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof . Me. João Carlos Batista

Banca: Prof . Me. João Pedro Sobral Neto

Banca: Prof. Me. Lisandra Torres

NOTA: _____

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta principal de entrada para o SUS no Brasil, exercendo papel crucial na gestão de doenças preveníveis, reduzindo gastos públicos e promovendo atributos como primeiro acesso, continuidade e integralidade do cuidado. Mudanças substanciais no modelo de financiamento da APS motivaram este estudo para analisar o comportamento do novo modelo de financiamento da APS na IV Região de Saúde de Pernambuco, considerando suas variáveis sociodemográficas. Além disso, busca contribuir para o debate sobre a importância da APS para o SUS e avaliar o desempenho do Programa Previne Brasil na região desde sua implementação. **Metodologia:** O método utilizado foi a análise estatística através do coeficiente de correlação de Pearson, uma medida linear que foi utilizada para avaliar a correlação entre o novo cenário de financiamento da APS a partir do Previne Brasil com variáveis sociodemográficas, bem como a força dessa relação. As variáveis sociodemográficas definidas foram: arrecadação dos municípios, porte populacional, população estimada, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), densidade demográfica, despesas com recursos próprios em saúde e cobertura da APS. **Resultados e Discussão:** As variáveis arrecadação total e população estimada apresentaram tendências que apontaram uma forte correlação diretamente proporcional ao aumento de financiamento da APS. Arrecadação *per capita*, IDHM e porte populacional demonstraram correlação moderada diretamente proporcional ao aumento de financiamento da APS. Densidade demográfica, participação das transferências para a saúde e participação da receita própria manifestaram fraca correlação. A variável cobertura da APS apresentou uma relação negativa, ao contrário do esperado no estudo. **Conclusão:** O estudo sugere provável influência de determinados condicionantes sociodemográficos no comportamento do financiamento da APS a partir do Programa Previne Brasil e destaca a necessidade crescente de pesquisas sobre o financiamento da APS em nível regional e municipal para melhorar a gestão e ampliar o conhecimento sobre práticas. Por fim, promover mecanismos eficazes de redistribuição de recursos na saúde é essencial, possibilitando uma coordenação entre municípios e integração da atenção primária com serviços mais complexos em nível regional.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; financiamento dos sistemas de saúde; programa previne brasil.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) plays a crucial role in Brazil's Sistema Único de Saúde (SUS) as the main entry point. It manages preventable diseases, reduces public spending, and promotes attributes such as first access, continuity of care, and comprehensiveness. Recent substantial changes in the PHC financing model have prompted a study in the IV Health Region of Pernambuco to analyze the behavior of this new model, considering sociodemographic variables. **Methodology:** The study employed statistical analysis using the Pearson correlation coefficient, a linear measure that assesses PHC financing based on the Previner Brasil program and its sociodemographic variables. The defined sociodemographic variables included: Municipal revenue, Population size, Estimated population, Municipal Human Development Index (IDHM), Population density, Expenses with own health resources, PHC coverage. **Results and Discussion:** The total revenue and estimated population variables exhibited strong correlation values. Per capita revenue, IDHM, and population size demonstrated moderate correlation. On the other hand, population density, participation in health transfers, and own revenue participation showed weak correlation. Surprisingly, the PHC coverage variable displayed a negative relationship, contrary to the study's expectations. **Conclusion:** The study underscores the growing need for research on PHC financing at regional and municipal levels to enhance management and expand knowledge about practices. Ultimately, promoting effective resource redistribution mechanisms in health is essential, enabling coordination between municipalities and integrating primary care with more complex services at the regional level.

Keywords: primary health care; financing of health systems; previne brasil program.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APS	Atenção Primária à Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
e-Gestor AB	Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NOB	Norma Operacional Básica
NRF	Novo Regime Fiscal
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIOPS	Sistema de Informação em Orçamentos Públicos de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade de Campinas
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USP	Universidade de São Paulo
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Variáveis selecionadas para análise	17
Figura 1 – Distribuição segundo faixa de cobertura da APS nos municípios da IV Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2019 a 2023	20
Tabela 2 - Divisão dos municípios da IV Região de Saúde por porte populacional	19
Gráfico 1 - Histórico da receita arrecadada pelos 32 municípios da IV Região de Saúde.....	21
Gráfico 2 - Arrecadação <i>per capita</i> anual segundo porte populacional.....	21
Gráfico 3 - Despesas com recursos próprios e participação das transferências para a saúde.....	22
Gráfico 4 - Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde de acordo com o porte populacional.....	22
Gráfico 5 - Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC 141/2012 de acordo com o porte populacional	23
Tabela 3 - Valores dos coeficientes de correlação segundo variáveis do estudo	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 Histórico da Política de Atenção Primária à Saúde no Brasil e seu financiamento.....	11
3.2 Previne Brasil: novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde.	13
4 OBJETIVOS.....	14
4.1 Objetivo Geral	14
4.2 Objetivos Específicos.....	14
5 METODOLOGIA	15
5.1 Tipo e Local do estudo	15
5.2 Coleta de dados	15
5.3 Aspectos éticos	15
5.4 Variáveis do estudo	16
5.5 Análise e interpretação dos dados.....	16
6 RESULTADOS.....	18
6.1 Descrição das variáveis do estudo	18
6.2 Resultado da relação entre as variáveis sociodemográficas e a variação do financiamento da APS após a efetivação do Previne Brasil.....	22
7 DISCUSSÃO	24
8 CONCLUSÃO	26
9 REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental como a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Sua capacidade de capilarização e gestão de doenças evitáveis não apenas reduz os gastos públicos com agravos à saúde, mas também fortalece a implementação de atributos essenciais, tais como primeiro acesso, continuidade do cuidado, integralidade e coordenação (Starfield, 2002).

Apesar da visão do SUS concentrar-se em construir uma sociedade mais justa e igualitária, baseada no acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde no Brasil, desde sua implantação o sistema tem enfrentado desafios persistentes relacionados ao financiamento e à sustentabilidade de seus serviços.

Desde 2016, o panorama político-ideológico no Brasil moldou um ambiente marcado pela aprovação de medidas e contra reformas que promoveram alterações significativas no modelo de atenção e financiamento da Atenção Primária à Saúde. Um exemplo notável é a Emenda Constitucional 95, que impõe um congelamento nos gastos públicos por um período de 20 anos, impactando diretamente a estrutura e os recursos disponíveis para a APS (Brasil, 2016).

Em 2017, a implementação da Portaria no 2.436 introduziu mudanças substanciais na APS do Brasil, instituindo a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A nova PNAB oficializa a relativização do princípio da universalidade ao recomendar a cobertura total apenas em áreas de risco e vulnerabilidade social, promovendo a segmentação do cuidado com padrões diferenciados de serviços. Ao retirar estímulos para a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e modificar a formação das equipes, há uma tendência orientada para o fortalecimento do modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais (Morosini, 2018).

Embora alegue oferecer maior autonomia aos gestores municipais, o Ministério da Saúde abdica de sua responsabilidade de coordenar e estabelecer diretrizes nacionais para a Política Nacional de Atenção Básica. Essa decisão apresenta um risco considerável em um país marcado por realidades locais e regionais tão diversas, e em um contexto de descentralização que necessita de melhorias substanciais.

Em 2020, o financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil foi alterado com a implementação do Programa Previne Brasil pelo Ministério da Saúde ao final de 2019 (Brasil, 2019). A portaria altera o custeio da APS em substituição ao Piso da

Atenção Básica (PAB) (Brasil, 1998). O novo modelo de financiamento estrutura-se, principalmente, em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e ações estratégicas, alterando a dinâmica dos repasses que até então eram associados a um valor *per capita* (PAB fixo) e políticas prioritárias (PAB variável).

Apesar da previsão do novo regulamento entrar em vigor integralmente no primeiro quadrimestre de 2020, o programa foi mantido em formato de transição até agosto de 2021. O adiamento do início do pagamento com base no cadastro foi causado devido ao contexto da pandemia do COVID-19 e com o objetivo de atenuar a perda de recursos dos municípios com reduzido percentual de população cadastrada (Sá *et.al*, 2022).

A discussão sobre a alteração do modelo de financiamento da APS motivou alguns debates considerando as possíveis consequências do programa acerca da perda de recursos, desconsideração do caráter universal do SUS, comportamento privatista, limitação dos indicadores e prejuízo do planejamento e segurança do financiamento (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Entender o contexto do financiamento da APS no SUS é essencial para analisar a efetividade do sistema em cumprir seus objetivos de oferecer serviços de qualidade e garantir a equidade no acesso à saúde. Nesse sentido, é importante explorar os mecanismos de financiamento, os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para fortalecer o sistema de saúde brasileiro.

A IV Região de Saúde de Pernambuco, até novembro de 2022, contava com 386 equipes de Saúde da Família (eSF) e duas equipes de Atenção Primária (eAP), correspondendo a um percentual de cobertura de 83,64%. Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em dezembro de 2020, a estimativa da população coberta pelos ACS somava 85% (SAPS, 2024). Em um ranking comparando a cobertura das 12 Regiões de Saúde do Estado, a IV Região de Saúde encontra-se em 10^o lugar na cobertura da APS e de ACS.

Considerando que as condições socioeconômicas e demográficas refletem capacidades diferentes de captar e executar recursos orçamentários em saúde, bem como na capacidade de execução dos processos de gestão, este estudo tem como objetivo analisar o novo modelo de financiamento da APS na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco através da análise da correlação do novo modelo do financiamento da APS e suas variáveis sociodemográficas. Pretende-se também

contribuir com o debate acerca da relevância da APS para o SUS e o desempenho do Programa Previnir Brasil na IV Região de Saúde desde sua implantação.

2 JUSTIFICATIVA

A reestruturação do modelo de financiamento federal da APS faz parte de um cenário mais amplo de alterações nas regras que orientam as transferências federais. Apesar de ter reconhecido o seu importante papel na organização do sistema de saúde brasileiro, a APS enfrenta fragilidades estruturais no SUS, como financiamento insuficiente e desafios no planejamento e gestão das ações.

O processo de regionalização da saúde no Estado de Pernambuco orientou a formação de 12 regiões de Saúde com a finalidade de “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Pernambuco, 2011, p.5). Fortalecer estudos no âmbito da regionalização da saúde permite subsidiar uma organização hierarquizada, solidária e resolutive, além de estimular estados e municípios no cumprimento de seus papéis e orientação das ações.

Dessa forma, avaliar o Programa Previne Brasil, considerando o contexto sociodemográfico da IV Região de Saúde, permite discutir o financiamento da APS em um contexto regional onde estudos ainda são incipientes e auxiliar nas discussões e tomada de decisões precisas no que tange a gestão.

Da mesma maneira, no contexto da Política Nacional de Atenção Básica, o presente estudo busca contribuir em discussões mais amplas acerca da equidade da alocação de recursos, base de planejamento e estabilidade de financiamento para APS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da Política de Atenção Primária à Saúde no Brasil e seu financiamento

Em 1978, durante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, a Atenção Primária à Saúde ganhou destaque global através da Declaração de Alma-Ata, cidade da antiga URSS. De acordo com esse documento, a APS traz a ideia de universalidade, sendo o primeiro local de contato da população no contexto de um sistema de saúde (Brasil, 2002).

No Brasil, Mendes (2002) descreveu o histórico da APS em ciclos. O primeiro ciclo surgiu em 1924 com os Centros de Saúde criados pela Universidade de São Paulo (USP); o segundo ciclo iniciou em 1940 com o advento do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sendo hoje a Fundação Nacional de Saúde; por volta dos anos 60, o terceiro ciclo se desenvolve nas Secretarias Estaduais de Saúde focado em prevenção de doenças, mas incorporando um modelo de atenção para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas; o quarto ciclo nos anos 70, tendo como referência a Conferência de Alma-Ata, foi marcado pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

O quinto ciclo surge nos anos 80 com as Ações Integradas de Saúde (AIS) firmando convênios entre estados e municípios mediante recursos transferidos da Previdência Social, visando integralidade e universalidade nas ações para os cidadãos (Matta, 2009). Nesse ciclo, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde que: “lançou as bases doutrinárias e operacionais do que viria ser o SUS e que introduziu algumas diretrizes sobre os cuidados primários à saúde” (Mendes, 2021, p. 24). As AIS foram seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, caracterizando o sexto ciclo.

A criação do SUS, em 1988, efetiva o sétimo ciclo por meio da municipalização das unidades de APS, gerando grande expansão da mesma no SUS. Durante o processo de implementação do SUS, a APS passou a ser denominada de atenção básica, concretizada como política de Estado; o oitavo ciclo foi marcado por experiências de modelos de cuidados primários: “Medicina Geral e Comunitária em Porto Alegre, a Ação Programática em Saúde da Faculdade de Medicina da USP, o Programa Médico de Família da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e o modelo

de Defesa da Vida da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP)” (Mendes, 2021, p. 25).

Em 1994, um novo ciclo foi estabelecido através do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) criado em 1991. Logo após sua criação, o PSF é institucionalizado pelo Ministério da Saúde como política nacional de APS a partir da edição da NOB SUS 01/96, quando instaurou o financiamento da APS por meio do Piso da Atenção Básica e fortaleceu o processo de descentralização (Brasil, 1996).

A consolidação da NOB 01/96 apontava para uma reorganização do modelo de atenção à saúde. A NOB 96 instituiu o Piso da Atenção Básica, sendo o PAB fixo com base em um valor per capita e o PAB variável de acordo com a adesão a programas específicos, como, por exemplo, a implementação do Programa Saúde da Família. Em 1998, é aprovado o Manual para Organização da Atenção Básica com o intuito de direcionar o funcionamento da Atenção Básica e estabelecer indicadores de monitoramento e avaliação (Brasil, 1998).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica é publicada visando a desfragmentação da APS com o somatório do PAB fixo e variável, constituindo o bloco financeiro da atenção básica estabelecido pelo Pacto pela Vida em Defesa do SUS e da Gestão (Brasil, 2006). Posteriormente, a PNAB foi revisada nos anos de 2011 e 2017.

Nos últimos anos, algumas mudanças no cenário nacional exerceram impactos sobre a oferta de serviços da APS. Um dos primeiros fatos ocorreu em 2016 com a aprovação da EC nº 95 pelo Congresso Nacional, que, apesar de não alterar diretamente o financiamento da APS, propulsiona modificações posteriores. A EC nº 95/2016 instituiu o Novo Regime Fiscal (NRF), popularmente conhecido como Teto de Gastos, que congela os gastos públicos federais por vinte anos, reajustados apenas pela inflação do ano anterior (Brasil, 2016). Sendo assim, o congelamento dos gastos e investimentos em saúde, considerando o cenário de subfinanciamento do SUS, se torna um desafio para garantir o fortalecimento do sistema.

Logo após, a Portaria nº 3.992 é publicada em 2017 e estabelece dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, extinguindo o antigo Bloco da Atenção Básica e flexibilizando os gastos em saúde de acordo com a gestão municipal (Brasil, 2017).

3.2 Previne Brasil: novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde

No ano de 2019, o Ministério da Saúde adotou o Programa Previne Brasil como novo modelo de financiamento da APS no SUS, por meio da Portaria nº 2.979 (Brasil, 2019). De acordo com a portaria, as transferências federais passam a se basear a partir do número de pessoas cadastradas na APS e indicadores de desempenho, e não mais em valor per capita e número de equipes de Saúde da Família conforme o antigo modelo.

De acordo com o Ministério da Saúde:

O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas. A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas (Brasil, 2022).

A captação ponderada muda o critério de transferências *per capita* do PAB fixo e considera o total de pessoas efetivamente cadastradas nas unidades básicas de saúde, o perfil demográfico, as vulnerabilidades socioeconômicas e um critério geográfico. O pagamento por desempenho considera os resultados dos indicadores globais da APS transferido mensalmente e recalculada a cada quatro competências financeiras. No critério de incentivo às ações estratégicas houve a inclusão dos incentivos que compunham o antigo PAB variável como o Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, Equipe de Saúde Bucal (eSB), entre outros (Ocké-Reis, 2021).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o comportamento do Programa Previne Brasil no financiamento da Atenção Primária à Saúde na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

4.2 Objetivos Específicos

- Abordar o histórico da Atenção Primária à Saúde no Brasil desde seu surgimento;
- Discutir os modelos de transferências de recursos federais para o financiamento da Atenção Primária à Saúde no SUS;
- Identificar os repasses financeiros para a Atenção Primária à Saúde dos municípios da IV Região de Saúde de Pernambuco entre os anos de 2015 a 2023, através do Fundo Nacional de Saúde;
- Relacionar, através de análise estatística, o comportamento do repasse federal para o financiamento da APS, a partir do Previne Brasil, com variáveis sociodemográficas definidas.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo e Local do estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, pois de acordo com Gil (2002) esse tipo de pesquisa tem como objetivo principal a descrição das características de um fenômeno e sua relação entre as variáveis. Caracteriza-se um estudo quantitativo e de levantamento, com o objetivo de verificar os repasses federais financeiros para a Atenção Primária à Saúde dos municípios da IV Região de Saúde de Pernambuco entre os anos de 2015 a 2023.

No processo de fortalecimento da regionalização da saúde, em 2011, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Pernambuco dividiu o Estado em quatro macrorregiões e doze regiões de saúde (Pernambuco, 2011). A IV Região de Saúde, local do estudo, é formada por 32 municípios, sendo eles: Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caitano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes.

5.2 Coleta de dados

Os dados desse estudo foram obtidos através dos sistemas de informação: Fundo Nacional de Saúde (FNS), Receita Federal, e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), e-Gestor Atenção Básica, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Atlas do Desenvolvimento Humano.

5.3 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa com extração de dados secundários em bases de dados e sistemas de informação de domínio público, não se torna necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, referente ao período de 2015 a 2023.

5.4 Variáveis do estudo

As variáveis selecionadas para a análise do estudo foram: arrecadação dos municípios, porte populacional, população estimada, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), densidade demográfica, despesas com recursos próprios em saúde e cobertura da APS. O quadro abaixo relaciona as variáveis com os respectivos sistemas de informação para extração dos dados.

Tabela 1- Variáveis selecionadas para análise.

VARIÁVEL	FONTE
Arrecadação per capita dos municípios	Receita Federal
Despesas com recursos próprios em saúde	SIOPS
Densidade demográfica	IBGE
Porte populacional dos municípios	IBGE
População estimada	IBGE
IDHM	Atlas do Desenvolvimento Humano
Cobertura da APS	e-SUS APS/e-Gestor AB

Fonte: Elaboração Própria.

5.5 Análise e interpretação dos dados

Após a coleta dos dados, a análise estatística aplicada foi o coeficiente de correlação de Pearson. O coeficiente é uma medida linear de associação entre variáveis e foi utilizado para observar não somente a existência ou não de relação entre as variáveis, mas também a força da relação (Figueiredo; Silva, 2009). O valor (r) varia de -1 a 1, onde o sinal indica a relação positiva ou negativa entre os valores.

Independente do sinal, quanto mais próximo de um, mais forte é a relação entre as variáveis, e quanto mais próximo de zero, menor a dependência. Na análise, foi adotada a classificação da correlação, onde $r \leq 0,3$ representa uma correlação fraca entre os valores, de 0,3 a 0,7 correlação moderada e acima de 0,7 caracteriza uma forte correlação (Rumsey, 2016).

A análise foi orientada partindo da diferença entre as transferências federais para APS, ano a ano, de 2020 a 2023 para os municípios da IV Região de Saúde em

relação à média dos repasses nos anos de 2015 a 2019, considerando que em 2020 iniciou-se a transição para o Previde Brasil. Dessa forma, a variação dos repasses federais correlacionados com as variáveis anteriormente definidas e coletadas entre a média dos anos de 2015 a 2019 e os valores anuais de 2020 a 2023 pretende analisar o comportamento do financiamento no concernente aos repasses federais.

6 RESULTADOS

6.1 Descrição das variáveis do estudo

A IV Região de Saúde apresenta uma área territorial de 11.320,56 km², densidade demográfica de 157,1 habitantes/Km² e uma população total estimada de 1.340.055 (IBGE, 2022). Dessa população a maior parte reside em área urbana, equivalente a cerca de 77% e o restante somam 23% residentes em área rural (Pernambuco, 2021).

Segundo o IBGE, são considerados municípios de pequeno porte os que apresentam população menor que 50 mil habitantes. Municípios de médio porte possuem população entre 50 e 100 mil habitantes e municípios com população maior que 100 mil habitantes são considerados de grande porte.

Na IV Região de Saúde, Caruaru é a única cidade da região classificada como município de grande porte e cinco municípios (cerca de 15%) como médio porte. A maior parte classifica-se como de pequeno porte, totalizando 26 municípios (cerca de 80%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Divisão dos municípios da IV Região de Saúde por porte populacional.

Porte Populacional	Município
Grande Porte	Caruaru
Médio Porte	Belo Jardim, Bezerros, Gravatá, Pesqueira, Santa Cruz do Capibaribe.
Pequeno porte	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Cupira, Frei Miguelinho, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caitano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes.

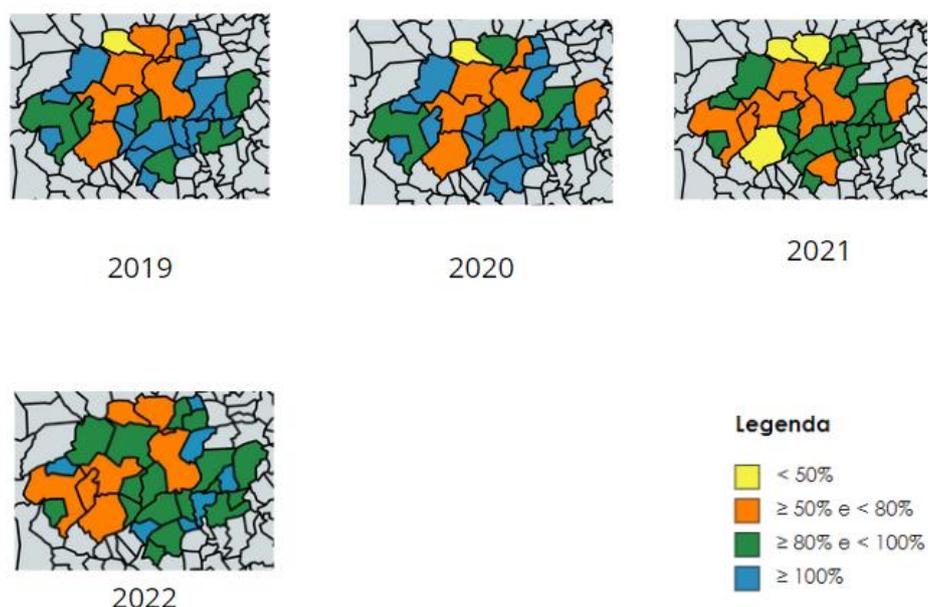
Fonte: Elaboração própria.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo o censo demográfico de 2010, apresentou uma média de 0,58 na IV Região de Saúde, abaixo do índice total de Pernambuco, que é de 0,673 (IBGE, 2010). Quando comparado por

porte populacional, o município de grande porte apresenta o valor de 0,677 e os municípios de médio e pequeno porte apresentaram uma média de 0,59 e 0,57, respectivamente.

A figura 1 apresenta a distribuição espacial dos municípios segundo a faixa de cobertura da APS nos quatro anos analisados. Municípios que apresentaram média anual da cobertura igual a 100% estão representados pela cor azul, de 80% a 99% cor verde, de 50% a 70% cor laranja e abaixo de 50% estão refletidos pela cor amarela. Observa-se redução a zero dos municípios com cobertura de 100% em 2021. Nesse mesmo ano, a maior parte dos municípios apresentaram cobertura da APS de 80 a 99% e houve aumento (de 1 para 4) da quantidade com cobertura abaixo de 50%.

Figura 1 – Distribuição segundo faixa de cobertura da APS nos municípios da IV Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2019 a 2022.

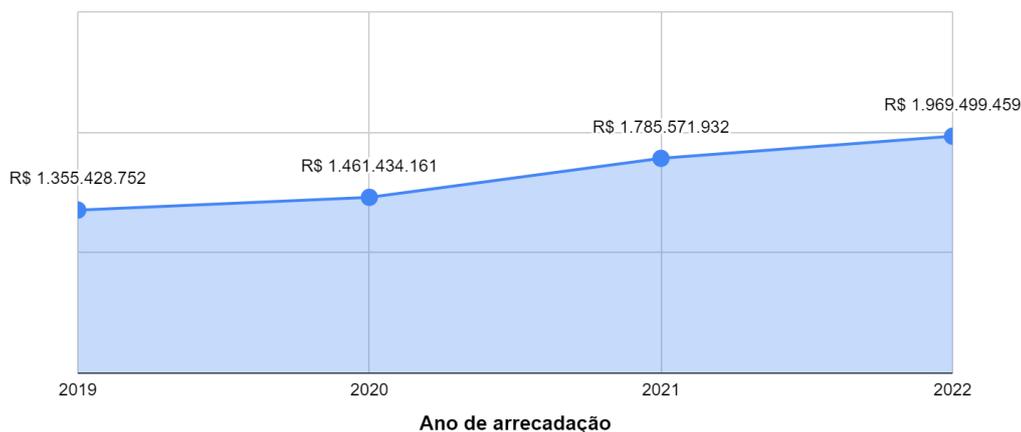


Fonte: Elaboração própria.

Quanto à arrecadação total dos municípios administrados pela Receita Federal Brasileira, a IV Região de Saúde de Pernambuco apresenta uma evolução consecutiva de acordo com o gráfico 1. A arrecadação *per capita* foi calculada a partir da divisão da receita total arrecadada e a estimativa da população para cada ano e município de acordo com o IBGE.

Gráfico 1 - Histórico da receita arrecadada pelos 32 municípios da IV Região de Saúde.

Arrecadação total da IV Região de Saúde de Pernambuco (2019 a 2022)

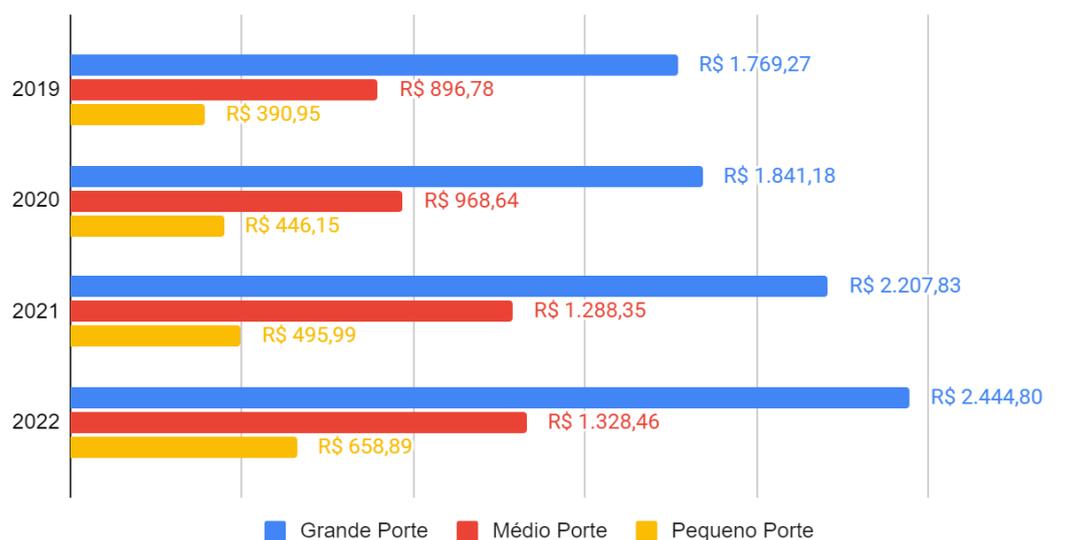


Fonte: Elaboração própria.

Classificando a arrecadação *per capita* segmentada de acordo com o porte populacional, observa-se no gráfico 2 que a IV Regional segue a tendência que quanto maior a população, maior a capacidade de arrecadação de recursos.

Gráfico 2 - Arrecadação *per capita* anual segundo porte populacional.

Arrecadação per capita anual segundo porte populacional



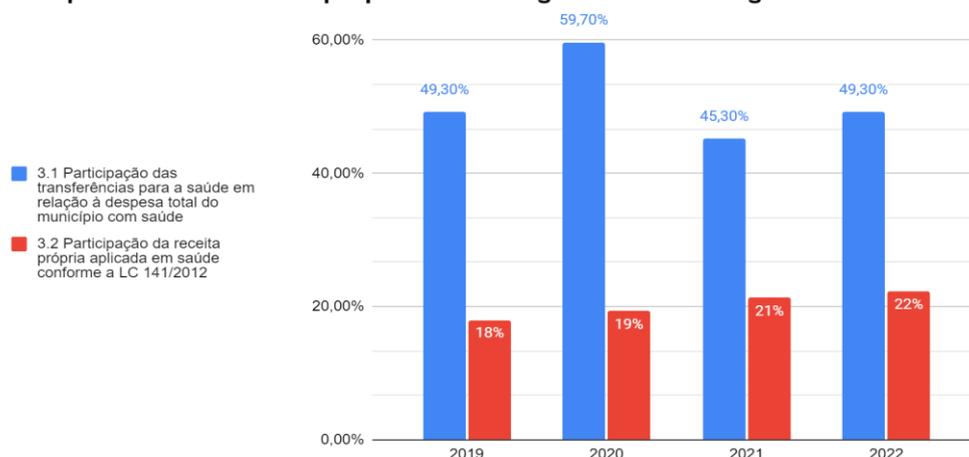
Fonte: Elaboração própria.

No gráfico 3 observam-se os valores médios referentes a dois indicadores de financiamento disponíveis no SIOPS, sendo eles: Indicador 3.1 (Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde) e

Indicador 3.2 (Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC 141/2012).

Gráfico 3 - Despesas com recursos próprios e participação das transferências para a saúde.

Despesas com recursos próprios na IV Região de Saúde segundo indicadores

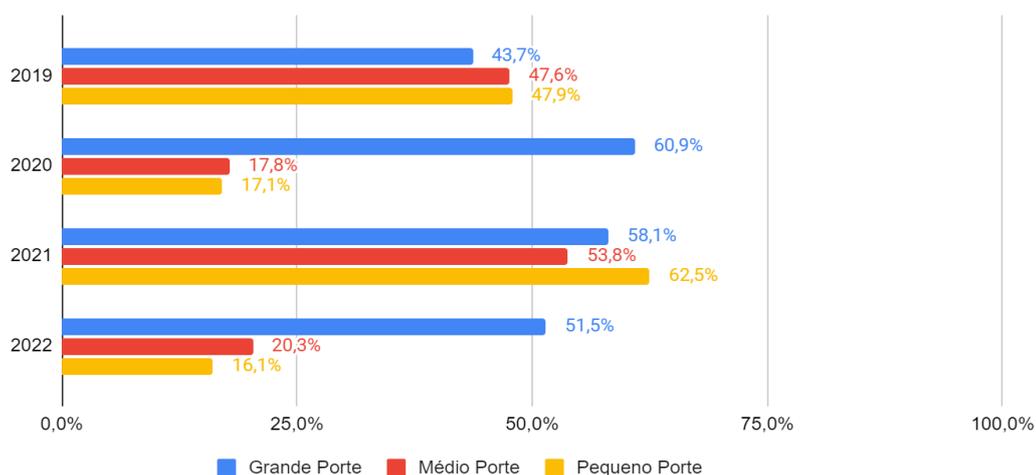


Fonte: Elaboração própria.

Os gráficos 4 e 5 subdividem os indicadores do SIOPS descritos acima de acordo com o porte populacional dos municípios da IV Região de Saúde. Nota-se que há um comportamento destoante em todos os anos, principalmente em 2020, ano de início da pandemia do COVID-19 que pode ter influenciado o comportamento deste indicador.

Gráfico 4 - Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde de acordo com o porte populacional.

3.1 Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde

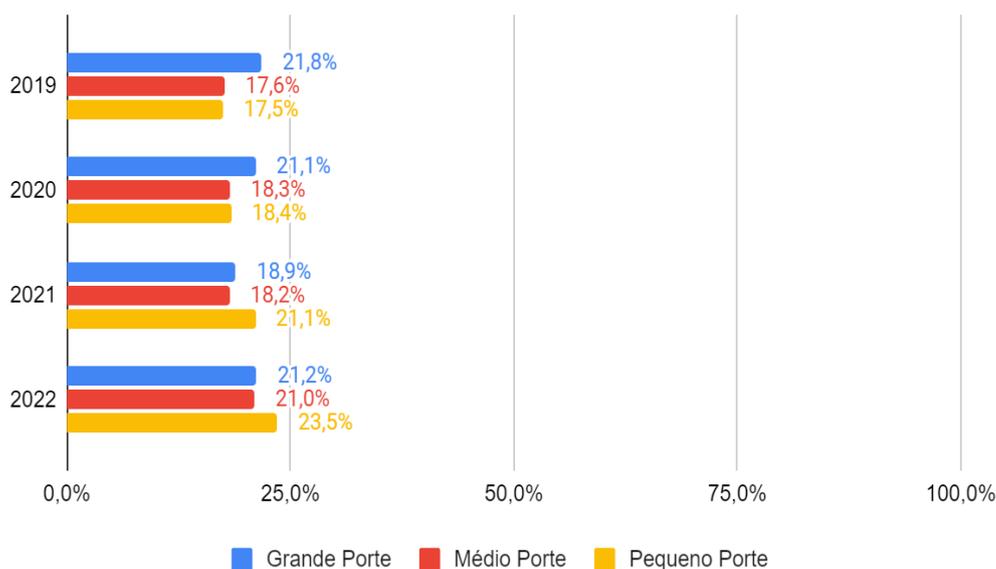


Fonte: Elaboração própria.

Em contrapartida, quando observado o percentual de participação da receita própria de acordo com os gastos em saúde, nota-se que municípios de pequeno porte tendem a gastar mais em saúde com recursos próprios, especialmente a partir do ano de 2021.

Gráfico 5 - Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC 141/2012 de acordo com o porte populacional.

3.2 Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC 141/2012



Fonte: Elaboração própria.

6.2 Resultado da relação entre as variáveis sociodemográficas e a variação do financiamento da APS após a efetivação do Previde Brasil

Os resultados da análise estatística baseada no coeficiente de correlação de Pearson estão descritos na tabela 3. Observa-se que a arrecadação total e a população estimada apresentaram valores que apontam uma forte correlação de 0,82 e 0,78, respectivamente. Partindo da relação proporcionalmente positiva que demonstrou o coeficiente, nota-se que quanto maior os valores dessas duas variáveis, maior foi a variação positiva do financiamento da APS.

As variáveis arrecadação *per capita*, IDHM e porte populacional demonstraram correlação moderada. Densidade demográfica, participação das transferências para a saúde e participação da receita própria manifestaram fraca correlação. A variável

cobertura da APS, ao contrário do esperado no estudo, apresentou uma relação negativa ao resultar em um valor de coeficiente de $-0,19$.

Tabela 3 - Valores dos coeficientes de correlação segundo variáveis do estudo.

Variáveis	Coefficiente de Correlação de Pearson
Arrecadação total	0,82
População	0,78
Porte populacional	0,58
Arrecadação per capita	0,45
IDHM	0,36
Densidade hab/km ²	0,09
Participação receita própria	0,05
Participação União/Estado	0,02
Cobertura	-0,19

Fonte:Elaboração própria.

7 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo apontam diversos pontos de discussão que são sensíveis e essenciais no que tange o financiamento da APS. A forte correlação com as variáveis de arrecadação total e população, e correlação moderada com arrecadação per capita e porte populacional, chama a atenção para a IV Região de Saúde uma vez que a maior parte dos seus municípios classifica-se como de pequeno porte.

Tais achados sugerem uma possibilidade de prejuízo à equidade na alocação de recursos na APS, com tendência de menor concentração de recursos em municípios de menor porte, menos populosos e com menor capacidade de arrecadação, sendo estes municípios, por sua vez, os que anseiam por maior atenção no que concerne a destinação de recursos para melhoria de suas capacidades gestoras e de execução de serviços, além de serem estes os municípios com maior dependência das transferências intergovernamentais na gestão do SUS.

Apesar das variáveis “participação receita própria”, “participação União/Estado” apresentarem resultados com correlação fraca quase inexistente, durante a análise comparativa, notou-se uma disparidade significativa entre os percentuais atribuídos à participação da receita própria e os das transferências de outros entes, evidenciando uma considerável dependência dos municípios em relação às transferências de outras instâncias governamentais.

Quando os recursos próprios constituem uma parcela mais significativa da receita disponível dos municípios, sua autonomia financeira tende a ser maior, o que favorece a efetivação de políticas públicas (Mendes, 2005; Neto *et al.*, 2017). Essa maior autonomia não só facilita a obtenção de financiamento para novas iniciativas e serviços de saúde, mas também permite que o município se adapte com mais flexibilidade às mudanças na distribuição das transferências constitucionais (Mendes, 2005). Assim, os municípios em análise podem enfrentar desafios na implementação de políticas públicas.

A variável cobertura expõe um resultado importante para discussão. O sinal negativo aponta uma relação inexistente entre a evolução da cobertura e o comportamento do financiamento a partir do Previde Brasil, não sendo o esperado para este estudo.

O foco no número efetivo de cadastrados, além da perspectiva quantitativa acerca do financiamento deste estudo, levanta preocupações sobre a ênfase no indivíduo, em detrimento da abordagem comunitária e territorializada da atenção à saúde. Isso pode comprometer o princípio da universalidade, sugerindo que uma parte da população pode não receber atendimento na atenção básica, e também pode promover a ideia de cobertura universal, onde os recursos limitados são direcionados para os segmentos mais pobres da sociedade, resultando em um modelo de APS focalizado e sem compreensão da complexidade do território.

Devido à declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pelo Ministério da Saúde em decorrência do novo coronavírus (Covid-19), o início do financiamento da APS através de Captação Ponderada e Pagamento por Desempenho foi adiado (Brasil, 2020). Consequentemente, a transferência dos recursos correspondentes ao ano de 2020 foi realizada sem levar em conta o número real de pessoas cadastradas no município, mas sim com base em uma estimativa potencial, e os resultados dos indicadores não foram considerados, resultando em um repasse calculado com base em um potencial de alcance de 100% até agosto de 2021 (Sá *et.al*, 2022). É importante salientar que o estudo possui limitações tanto em suas variáveis, a exemplo do IDHM, onde apenas os dados do censo de 2010 estavam disponíveis publicamente. Quanto ao método da análise estatística que indica apenas relações lineares entre variáveis, não demonstrando causalidade entre elas para retratar os impactos reais do novo modelo de financiamento da APS frente à IV Região de Saúde de Pernambuco.

Nesse sentido, considerando o exposto, evidencia-se a importância da realização de estudos posteriores que possam contribuir com as análises do presente estudo, no sentido de apoiar a tomada de decisão no âmbito da gestão dos recursos da APS.

8 CONCLUSÃO

Este estudo ressalta a crescente necessidade de pesquisas voltadas para a análise do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) a nível regional e municipal, visando aprimorar a gestão e expandir o conhecimento sobre suas práticas. A discussão no contexto das Regiões de Saúde pode desempenhar um papel crucial na redução das disparidades locais, uma vez que os municípios apresentam realidades diversas mesmo dentro de uma mesma região, e os espaços de pactuação podem facilitar o desenvolvimento de uma rede cada vez mais organizada, descentralizada e hierarquizada.

Apesar de limitações em suas variáveis e análise estatística, o estudo indicou que os fatores que mais influenciaram na variação positiva do novo modelo de financiamento da APS estão diretamente relacionados com as variáveis de arrecadação municipal e o tamanho da sua população.

Por fim, é crucial promover a discussão sobre a implementação de mecanismos mais eficazes para a redistribuição de recursos na área da saúde no país. Este momento pode ser visto como uma oportunidade para estabelecer uma coordenação mais efetiva entre os mecanismos de redistribuição de recursos entre os municípios e os incentivos que estimulem uma maior integração da atenção primária local com serviços de maior complexidade, além de redes de atenção acordadas em âmbito regional.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832748>>. Acesso em: Dezembro de 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica – NOB 01/1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Manual para Organização da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006.

_____. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir um Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2016.

_____. Estatuto da Cidade et al. Estatuto da Cidade: **Lei n. 10.257, de 10 de julho de 2001**, que estabelece diretrizes gerais da política urbana. Brasília: Câmara dos deputados, Coordenação de publicações, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Previne Brasil** - modelo de financiamento para APS. Gestor - financiamento. Disponível em: <[Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde \(saude.gov.br\)](http://Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br))>. Acesso em: Dezembro de 2022.

BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo

novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 fev. 2020. Seção 1, p. 1.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Morosini MVGC, organizador. **Modelos de atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto; SILVA JÚNIOR, José Alexandre. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**. v. 1, n. 8, p. 115-46, 2009.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em novembro de 2023.

_____.- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em novembro de 2023.

MATTA, Gustavo Corrêa et al. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS: avanços e ameaças**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021.

MENDES, Áquilas Nogueira et al. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995-2001)**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2005.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; DE LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde**

em **Debate**, [S. l.], v. 42, n. 116 jan-mar, p. 11–24, 2018. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/125>. Acesso em: 16 fev. 2024.

NETO, Santos et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio et al. Saúde. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília: **Ipea**, 2021.

PAIM, JS. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: Anvisa, ISC UFBA; 2001.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass->. Acesso em novembro de 2023.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Mapa de Saúde IV Região de Saúde de Pernambuco**. Caruaru, 2021. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_iv_regiao_de_saude.pdf. Acesso em novembro de 2023.

REIS, João Gabbardo dos et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3457-3462, 2019.

RUMSEY, Deborah J. How to interpret a correlation coefficient r . **Statistics for dummies**, p. 26, 2016.

SÁ, E. B. de et al. Saúde. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 29, p. 111-166, 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/>. Acesso em: novembro de 2023.

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Painéis de indicadores da APS**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>. Acesso em janeiro de 2024.

SETA, M. H. D. OCKÉ-REIS, C. O. RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. supl. 2, p. 3781–3786, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/YD>. Acesso em novembro de 2023.

STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2006.