



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária

RELATÓRIO

ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO

Modelo de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde com má distribuição de recursos

Brasília-DF

Dezembro/2023

SUMÁRIO

1. RESUMO EXECUTIVO..	3
2. PROBLEMA REGULATÓRIO..	5
3. AFETADOS PELO PROBLEMA REGULATÓRIO..	18
4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.	20
5. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS.	22
5.1. Objetivo Geral:	22
5.2. Objetivos específicos:	22
6. PARTICIPAÇÃO SOCIAL.	24
7. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS.	26
8. DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS AO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA..	30
9. IMPACTO DAS ALTERNATIVAS IDENTIFICADAS.	36
10. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS.	41
11. EFEITOS E RISCOS DA ALTERNATIVA SUGERIDA.	46
12. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SELECIONADA..	54
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	60

1. RESUMO EXECUTIVO

- 1.1. O modelo de atenção à saúde deve ser orientador do processo de cofinanciamento federal. Se o Sistema Único de Saúde - SUS foi criado com base na principalidade da Atenção Primária, esta deve necessariamente ser guiada por um financiamento compatível à sua expressão conceitual ampliada (MENDES, et al, 2018).
- 1.2. Esta análise de impacto regulatório - AIR, tem por finalidade avaliar o impacto das alternativas a serem consideradas para o enfrentamento do problema regulatório identificado no modelo de financiamento vigente denominado Previne Brasil, instituído pela Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, qual seja: MODELO DE COFINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS.
- 1.3. Na análise do problema regulatório foram identificadas 5 (cinco) causas e 8 (oito) consequências imediatas para o problema regulatório, fazendo-se necessário para o seu enfrentamento com êxito, atuar em suas causas.
- 1.4. Nesse sentido, o objetivo geral desejado com a proposta de intervenção é aprimorar a distribuição de recursos da Atenção Primária à Saúde e como objetivos específicos:
 - a) revisar o parâmetro de cadastro populacional por equipe de Saúde da Família - eSF e equipe de Atenção Primária - eAP e a classificação dos municípios;
 - b) minimizar a complexidade e o volume de regras de pagamento;
 - c) retomar o financiamento federal das equipes multiprofissionais da APS;
 - d) Retomar o financiamento federal fixo para equipes de Saúde da Família
 - e) valorizar o financiamento das equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF; e
 - f) ampliar o foco na qualidade da assistência da APS.Para o alcance dos objetivos foram consideradas as seguintes alternativas:
 - a) manter a situação atual;
 - b) retomar o modelo de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde vigente até 2019, com correção financeira;
 - c) alterar o modelo de cofinanciamento atual da Atenção Primária à Saúde com percentual para o incentivo financeiro demográfico semelhante ao do modelo de cofinanciamento federal vigente até 2019; e
 - d) alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS.
- 1.5. Utilizando a Análise Multicritério com o método AHP (Analytic Hierarchy Process) foi escolhida a alternativa regulatória "alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS," identificada como a mais viável financeiramente e apropriada para o alcance dos objetivos propostos, visto que, busca a valorização e expansão das equipes de Saúde da Família, a ampliação da equidade como critério para rateio dos recursos financeiros oriundos da União e aumento da qualidade e do escopo de práticas das ações ofertadas pela APS em todo o território nacional.
- 1.6. Para a alternativa escolhida foram identificadas as seguintes propostas de soluções:
 - a) substituição da metodologia para classificação dos municípios, que atualmente utiliza a tipologia rural-urbana definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, pelo Índice de Vulnerabilidade Social – IVS elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, adicionando o porte populacional como variável para classificar os municípios;
 - b) alteração do parâmetro de vinculação e acompanhamento de pessoas por equipe;
 - c) retomada do financiamento federal fixo para as equipes de Saúde da Família;
 - d) aumento do orçamento global do componente de pagamento por desempenho;
 - e) aumento do valor dos incentivos federais para equipes de Consultório na Rua – eCR e equipes de Atenção Primária Prisional – eAPP.
 - f) elaboração e publicação de Portaria para instituição do novo modelo por meio de alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017;
 - g) elaboração de regras de monitoramento e pagamento; e
 - h) desenvolvimento de ações institucionais com estados e municípios para a implementação in loco do novo modelo de cofinanciamento federal da APS.
- 1.7. Foram identificados um total de 12 (doze) riscos na implementação da alternativa escolhida que podem impactar no alcance dos objetivos. Para cada risco foram levantadas as suas causas, os efeitos e as consequências.
- 1.8. Procedeu-se a análise de cada risco verificando a sua probabilidade de ocorrência e impacto, por meio da aplicação de pesos, possibilitando classificar o nível do risco em extremo, alto, médio ou baixo. O resultado dessa análise apontou que a maioria dos riscos foi avaliado como médio impacto e provável de ocorrer.
- 1.9. Após identificação dos níveis dos riscos, foram propostas ações para o seu controle de modo a possibilitar o alcance dos objetivos e dos resultados esperados com a implementação da alternativa escolhida como solução do problema regulatório.

2. PROBLEMA REGULATÓRIO

- 2.1. O problema regulatório identificado, objeto desta Análise de Impacto Regulatório – AIR é o **MODELO DE COFINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS**.
- 2.2. Esta AIR foi realizada coletivamente por técnicos da Coordenação-Geral de Programação do Financiamento da Atenção Primária, da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde - CGFAP/SAPS/MS, buscando analisar a questão de forma sistêmica.
- 2.3. Conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 27 de setembro de 2017), a Atenção Primária à Saúde – APS, é caracterizada como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde - SUS. Possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, por meio de um 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. Cumpre, portanto, papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (BRASIL, 2017).
- 2.4. A história da APS no Brasil remete ao início do século XX, entretanto, ganha impulso com a implantação da Estratégia Saúde da Família - ESF, modelo prioritário para expandir e consolidar a APS no Brasil. Observa-se, nos últimos 30 anos de implementação do SUS, que sua expansão e consolidação, decorreu, em grande medida, da indução financeira sustentada ao longo do tempo pelo Ministério da Saúde em pactuação com estados e municípios (SILVA et al., 2018).
- 2.5. No transcorrer da história do financiamento da APS (1996 a 2010), a combinação entre os repasses do Piso de Atenção Básica Fixo - PAB fixo e do Piso de Atenção Básica Variável - PAB variável alavancaram e consolidaram a APS e a Estratégia Saúde da Família no Brasil, todavia, as alterações mais intensas no financiamento federal da APS, ocorreram no período posterior ao ano de 2010 com a criação de programas, equipes, serviços e incentivos, tais como: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ AB, Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS;

Programa Mais Médicos – PMM, equipes de Consultório na Rua – eCR, Unidades Básicas de Saúde Fluvial - UBS Fluvial, Telessaúde e incentivos às residências em saúde, dentre outros.

2.6. As modificações no financiamento referenciadas acima tornaram o modelo de alocação de recursos na APS mais alinhado às melhores experiências nacionais (municipais) e internacionais que preconizam um modelo misto de distribuição de recurso, visando atingir diferentes objetivos e que se complementam no nível local.

2.7. Nesse sentido, cada componente do financiamento federal exerce um papel na política da APS, tais como as regras que definem a forma de repasse, quem pode aderir e/ou é elegível para determinado programa, as pré-condições para recebimento do recurso, o impacto em saúde esperado, a definição da quantidade de recurso, a origem orçamentária e a orientação normativa de sua utilização (PINTO, 2018).

2.8. O volume e a forma de destinação dos recursos condicionam a organização dos serviços e também os possíveis resultados em saúde da população. (KLITZKE, 2023).

2.9. Nos termos da Constituição Federal de 1988, a responsabilidade pelo financiamento do SUS é tripartite, ou seja, das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, por meio da vinculação do orçamento da seguridade social. Nesse sentido, no âmbito federal, com vistas a garantir a oferta das ações e serviços da APS, essenciais para um resultado efetivo na situação de saúde da população, são transferidos mensalmente, de maneira regular e automática, na modalidade fundo a fundo, recursos financeiros para os municípios, estados e Distrito Federal que atendem aos requisitos para custeio, compondo, desse modo, o financiamento tripartite. Atualmente, as transferências dos recursos federais ocorrem por meio dos seguintes blocos de financiamento:

- I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

2.10. Em novembro de 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), com alterações posteriores pela Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 de setembro de 2021, e Portaria GM/MS nº 38, de 10 de janeiro de 2022, modificando os critérios de repasse de recursos federais para a APS, constituído com base nos seguintes componentes:

- a) capitação ponderada: pagamento por pessoa cadastrada nas equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Primária - eAP, equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR, equipe de Consultório na Rua - eCR e equipe de Atenção Primária Prisional - eAPP, com atribuição de pesos sobre a população cadastrada de acordo com a vulnerabilidade socioeconômica, com o perfil demográfico por faixa etária, e a classificação geográfica dos municípios de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE;
- b) pagamento por desempenho: pagamento pelo resultado de indicadores alcançados pelas equipes (eSF e eAP) considerando a lista de indicadores definidos em Portaria do Ministério da Saúde;
- c) incentivo para ações estratégicas: pagamento por equipes específicas, serviços ou Programas da APS; e
- d) incentivo com base em critério populacional: pagamento que considera a estimativa populacional dos municípios e do Distrito Federal mais recente divulgada pelo IBGE multiplicada pelo valor per capita, definido anualmente em ato do Ministério da Saúde.
- e) Quando da instituição do Programa Previne Brasil, os recursos financeiros que antes eram destinados ao PAB Fixo, às eSF, aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB e Gerentes de Unidades Básicas de Saúde foram incorporados ao componente Capitação Ponderada.
- f) Como efeitos positivo do modelo de cofinanciamento federal vigente, podemos destacar:
- g) aumento significativamente superior à média histórica dos cadastros de pessoas por município nas equipes/Unidades Básicas de Saúde - UBS.
- h) estímulo ao uso dos sistemas de informação, tanto para o recebimento dos valores da capitação ponderada como também para o atingimento das metas dos indicadores do pagamento por desempenho; e
- i) incorporação de novos critérios que buscam equidade por meio da capitação ponderada, com ênfase no cadastramento de pessoas em situação de vulnerabilidade. Mesmo considerando que historicamente as eSF e os Agentes Comunitários de Saúde - ACS estão em áreas de maior vulnerabilidade social, o reforço ao cadastro desta população é positivo.

2.11. Todavia, apesar dos efeitos positivos descritos acima, identificou-se que o modelo de cofinanciamento federal vigente apresenta má distribuição de recursos. O descompasso de alocação de recursos entre os seus componentes atuou como indutor de determinadas práticas em saúde, que fizeram com que a atuação da APS se torna-se mais restrita, com ênfase excessiva no cadastro de pessoas, não cumprindo o seu papel principal de promover a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

2.12. Dessa forma ao analisar ao problema regulatório “**MODELO DE COFINANCIAMENTO FEDERAL DA APS COM MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS**”, foram identificadas 5 (cinco) causas e 8 (oito) consequências descritas, respectivamente, nos quadros 1 e 2 abaixo:

Quadro 1 - Causas do problema regulatório.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Parâmetro de cadastro populacional segundo tipologia IBGE. 2. Complexidade e grande volume de regras. 3. Fim do cofinanciamento federal dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB. 4. Criação de equipe de Atenção Primária competindo com o financiamento das eSF. 5. Foco em pacote básico de atenção à saúde/capitação ponderada e indicadores de saúde restritos. |
|---|

Quadro 2 - Consequências do problema regulatório.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Baixo recurso para o componente de desempenho. 2. Desorganização da adscrição do território. 3. Redução no percentual de implantação de eSF completa. 4. Redução do foco na assistência à saúde da população. 5. Iniquidades na distribuição de recursos da APS. 6. Dificuldade de compreensão do modelo vigente pelos municípios e estados. 7. Restrição do escopo dos serviços ofertados. 8. Grande quantidade de eSF com excesso de cadastros, acima do dimensionamento adequado para garantir acesso com qualidade. |
|---|

2.13. A relação entre as causas e consequências do problema regulatório constam explicitadas no quadro 3.

Quadro 3 - Matriz de causas e consequências.

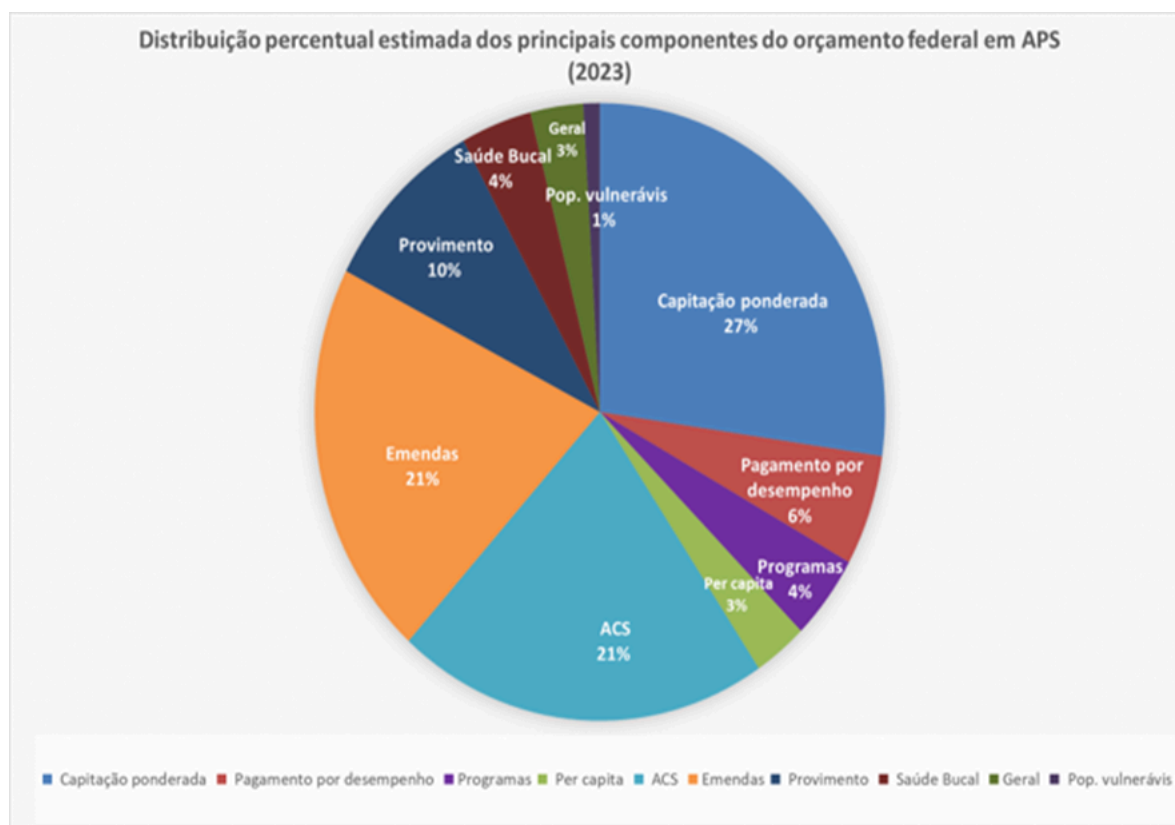
	Baixo recurso para o componente de desempenho	Desorganização da adscrição do território	Iniquidades na distribuição de recursos da APS	Redução no % de implantação de eSF completa	Redução do foco na assistência à saúde da população	Dificuldade de compreensão do modelo vigente pelos Municípios e Estados	Restrição do escopo de serviços ofertados	Grande quantidade de eSF com excesso de cadastros, acima do dimensionamento adequado para garantir o acesso com qualidade
Parâmetro de cadastro		x	x	x				

populacional segundo tipologia IBGE								
Complexidade e grande volume de regras			x		x	x		
Criação de eAP competindo com o financiamento das eSF		x		x			x	
Fim do financiamento federal do NASF			x		x		x	
Foco em pacote básico/capitação ponderada e indicadores restritos	x	x	x	x	x	x	x	x

2.14. É possível identificar na matriz de causas e consequências que o foco na capitação ponderada foi a causa que teve relação com todas as 8 (oito) consequências do problema regulatório, sendo, portanto, a causa raiz.

2.15. Verifica-se do gráfico 1 que a alocação da maior parte dos recursos de custeio no âmbito do modelo de cofinanciamento federal vigente, considerando os seus 4 (quatro) componentes, é destinada à capitação ponderada, em detrimento dos demais componentes que compõem o Programa Previne Brasil.

Gráfico 1 - Distribuição percentual estimada dos principais componentes do orçamento federal em APS.



2.16. O foco desproporcional na capitação ponderada por meio da destinação da maior parte do recurso para o cadastro de pessoas, além das demais consequências identificadas para o problema regulatório em análise, acarretou numa grande quantidade de equipes com excesso de cadastros, acima do dimensionamento adequado para garantir o acesso com qualidade.

2.17. Considerando o quantitativo de pessoas cadastradas nas 50.655 (cinquenta mil e seiscentas e cinquenta e cinco) eSF e o parâmetro de cadastro dessas equipes, conforme classificação do município pelo IBGE no modelo de cofinanciamento federal vigente, verifica-se do quadro 4, que 17.934 (dezesete mil e novecentos e trinta e quatro) eSF estão com excesso de cadastro.

Quadro 4 - eSF com excesso de cadastro.

Classificação dos municípios pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eSF	Quantidade de eSF	Quantidade de eSF com excesso de cadastro considerando o quantitativo potencial de cadastro	Excesso de cadastro
Urbano	4.000 pessoas	31.979	10.342	10.873.997
Intermediário Adjacente e Rural Adjacente	2.750 pessoas	16.964	6.441	5.040.577
Intermediário Remoto e Rural	2.000 pessoas	1.712	1.151	1.516.704

Remoto			
TOTAL	50.655	17.934	17.431.278

Fonte: dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, que subsidiariam o pagamento da parcela outubro de 2023.

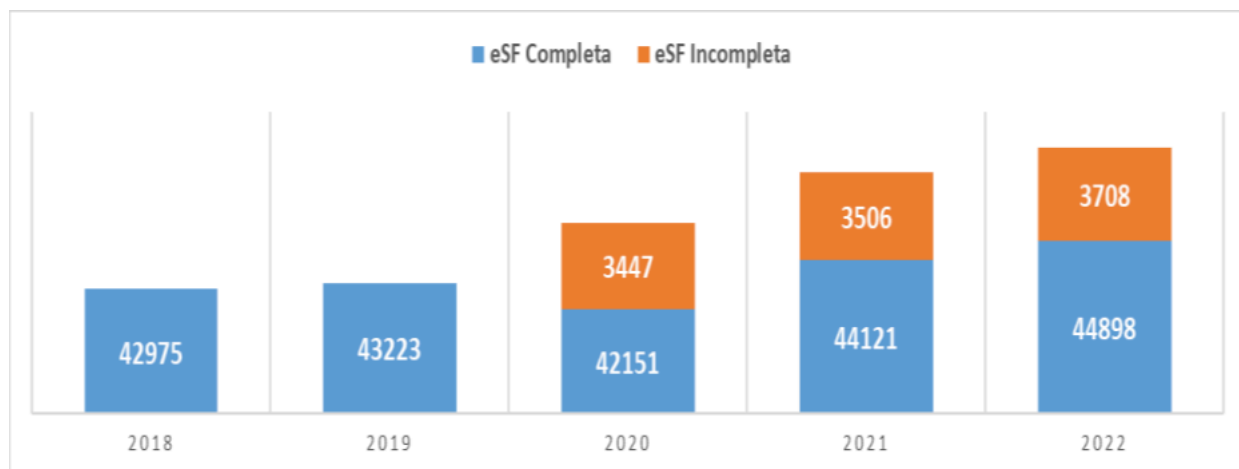
2.18. No modelo de cofinanciamento federal vigente foi previsto o financiamento por tempo indeterminado das eSF com ausência de composição mínima exigida (equipes incompletas), nos seguintes percentuais de suspensão: 25% (vinte e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 75% (setenta e cinco por cento), a depender dos profissionais ausentes da equipe mínima, conforme estabelecido no art. 12-L e especificado no Anexo C, ambos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

2.19. Além da indução excessiva ao cadastro, decorrente da distribuição da maior parte do recurso para a capitação ponderada, o financiamento por tempo indeterminado de eSF com ausência de composição profissional mínima exigida e a criação das eAP competindo com o financiamento das eSF acarretaram a diminuição do crescimento de eSF completas em comparação com a média histórica, o que se observa dos dados abaixo e do gráfico 2.

2.20. Médias de crescimento anual de eSF considerando os seguintes períodos:

- 2002 a 2015 = 1.796 (mil e setecentas e noventa e seis) novas equipes por ano;
- 2015 a 2022 = 1.206 (mil e duzentas e seis) novas equipes por ano;
- 2019 a 2022 = 1.408 (mil e quatrocentas e oito) eSF completas e incompletas;
- 2019 a 2022 = 481 (quatrocentas e oitenta e uma) eSF completas; e
- 2019 a 2022 = 3.774 (três mil e setecentos e setenta e quatro) eAP.

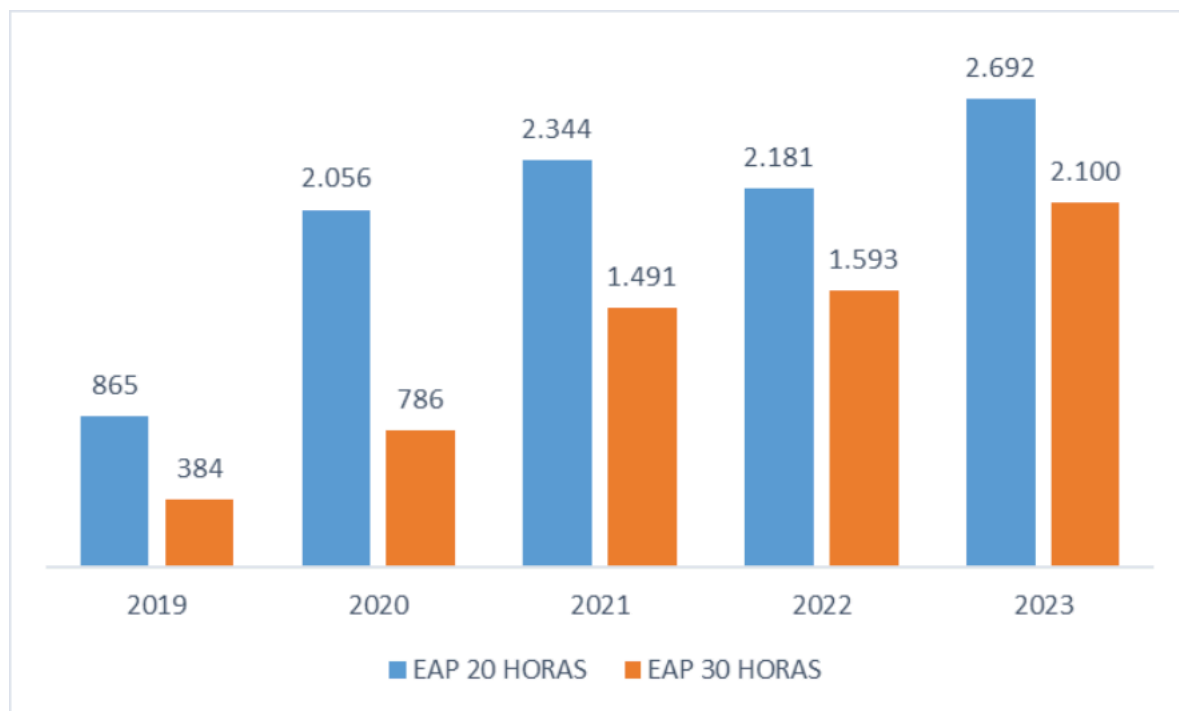
Gráfico 2 - Número de eSF completas e incompletas de 2018 a 2022.



Observações: considerando as eSF homologadas e pagas completas e incompletas da competência dezembro de cada ano.

2.21. A criação das eAP por meio da Portaria GM/MS nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, competindo com o financiamento das eSF em valores mais atrativos, considerando a composição mínima das equipes, acarretou além da diminuição de eSF completa, o aumento progressivo de eAP implantadas entre os anos de 2019 e 2023, conforme se verifica do gráfico 3.

Gráfico 3 - Aumento progressivo do número de eAP implantadas de 2019 a 2023.



Observações: considerando as eAP homologadas e pagas da competência dezembro de cada ano e a parcela 6 de 2023.

2.22. A Política Nacional da Atenção Básica - PNAB preconiza a Estratégia de Saúde de Família como estratégia prioritária de atenção à saúde que visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica,

por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

2.23. As eSF são compostas minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde - ACS, podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias - ACE e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Já as eAP são compostas minimamente por médicos e enfermeiros, ou seja, tem na sua composição mínima apenas 2 (dois) profissionais, além da carga horária obrigatória dos profissionais que a compõe ser de 20 (vinte) ou 30 (trinta) horas semanais, inferior a carga horária semanal obrigatória dos profissionais das eSF, que é de 40 horas.

2.24. Nesse sentido, o aumento da implantação de eAP em detrimento das eSF além de causar a desorganização da adscrição do território e aumento das eSF incompletas, acarreta a redução do escopo dos serviços ofertados no âmbito da APS considerando, principalmente, a carga horária reduzida a composição mínima da equipe.

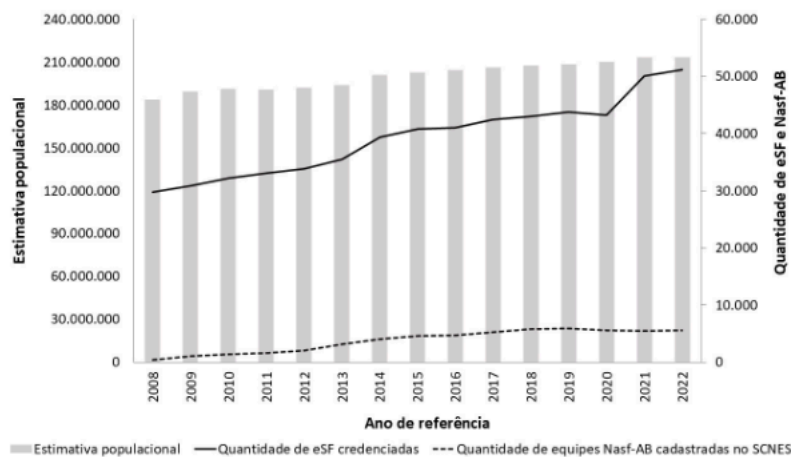
2.25. Dentre as demais causas do problema regulatório identificou-se também que o elenco restrito de indicadores para pagamento por desempenho limitou demasiadamente o escopo de práticas das eSF, não havendo uma proposta de monitoramento que incentive uma agenda para melhoria contínua do serviço. Foram mantidos com pequenas alterações os 7 (sete) indicadores previstos desde a instituição do modelo de cofinanciamento federal vigente, quais sejam:

- I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;
- II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- IV - proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;
- V - proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada;
- VI - proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e
- VII - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

2.26. Além disso, dois dos sete indicadores (VI e VII) permanecem sendo pagos no percentual de 100% (cem por cento) sem considerar o alcance real da meta pelos municípios, cuja justificativa diz respeito a dificuldade de alcance das metas estabelecidas.

2.27. Outra causa de iniquidade na distribuição dos recursos da APS foi o fim do cofinanciamento federal dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB, já que tais recursos foram alocados para a capitação ponderada, além do fim do cofinanciamento federal restringir o escopo dos serviços ofertados na APS e reduzir o foco na assistência à saúde dos usuários da APS, uma vez que houve uma queda na quantidade de NASF-AB implantados no país após 2019 houve um declínio de registros abaixo do previsto, conforme nota-se no gráfico abaixo.

Gráfico 4 - Série histórica anual de estimativa populacional, equipes de saúde da família credenciadas e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2008 a 2022.

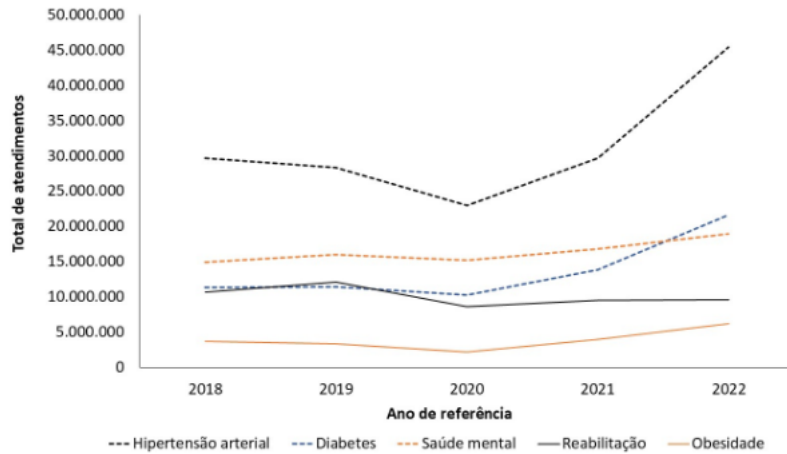


Fonte: IBGE, 2023; e-Gestor AB, 2023; SCNES, 2023. Elaboração própria.

2.28. Os NASF-AB são equipes multiprofissionais e interdisciplinares compostas por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde complementares às equipes que atuam na APS, que atuam de maneira integrada com o objetivo de dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das eSF e eAP.

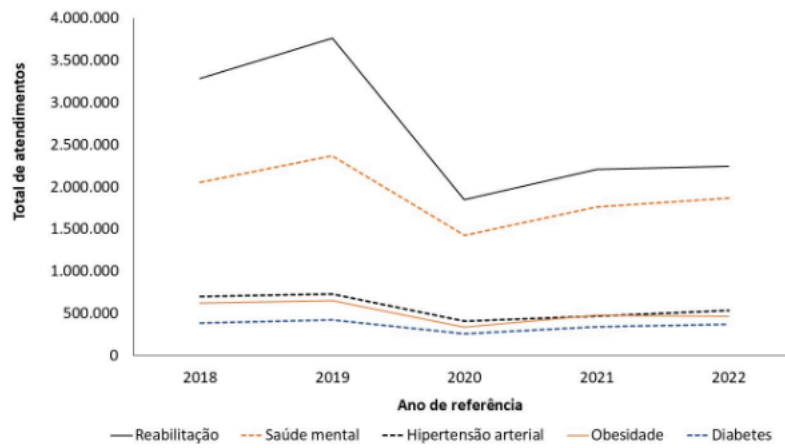
2.29. Conforme dados extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, entre 2018 e 2022 as cinco condições mais avaliadas em atendimentos na APS foram hipertensão arterial, diabetes, saúde mental, reabilitação e obesidade, enquanto o comportamento dos atendimentos dessas condições pelos NASF-AB apresentou declínio após o ano de 2019, conforme se verifica dos gráficos 5 e 6, reflexo do fim do cofinanciamento federal indutor para estas equipes multiprofissionais.

Gráfico 5 - Distribuição das cinco condições mais avaliadas em atendimentos da Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2018- 2022.



Fonte: SISAB, 2023.

Gráfico 6 - Distribuição das cinco principais condições avaliadas em atendimentos pelas equipes do NASF cadastradas no SCNES, Brasil, 2018-2022.



Fonte: SISAB, 2023.

2.30. Foram identificados ainda como causas do problema regulatório, o parâmetro de cadastro utilizado no Previne Brasil que considera a classificação geográfica dos municípios definida pelo IBGE para estabelecer um quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, conforme Anexo XCIX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017. A classificação dos municípios brasileiros considerando apenas suas características rurais e urbanas não é suficiente para abranger as questões socioeconômicas e as vulnerabilidades sociais presentes nestes territórios, dessa forma, o estabelecimento de parâmetro de cadastro com base em informações geográficas apresenta limitações importantes acerca da adscrição populacional.

2.31. De igual modo, a complexidade e o grande volume de regras de pagamento contribuem para o problema regulatório. Nesse sentido, dá-se destaque para as regras dos adicionais do pagamento da capitação ponderada previsto no art. 12 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017.

2.32. Diante do exposto, identificou-se a necessidade de aprimorar o modelo de cofinanciamento federal vigente, respeitando a história da APS e os acúmulos históricos sobre as melhores formas de repasses e como eles induzem ou não as práticas de cuidado à saúde.

2.33. O cofinanciamento federal precisa ser condizente com a importância e centralidade que uma APS robusta e abrangente tem, a fim de viabilizar os seus atributos e diretrizes, bem como beneficiar todo o sistema de saúde, tornando-o mais racional e efetivo, tanto no campo do cuidado, como na prevenção de agravos e promoção da saúde (MENDES, 2014).

2.34. Ademais, a prioridade das políticas de estado deve ser traduzida em um orçamento adequado frente às necessidades sociais. O orçamento anual e as formas de alocação do financiamento dos sistemas de saúde são peças-chaves para entender as políticas e programas do estado brasileiro, além, claro, das prioridades de cada governo, afinal, como já mencionado, a destinação dos recursos condiciona tanto a organização dos serviços quanto os possíveis resultados de saúde (FUNCIA, 2019; PINTO, 2018).

2.35. Com um orçamento adequado, a APS seria capaz de se consolidar como porta de entrada principal do sistema de saúde brasileiro e de aumentar a resolutividade das ações prestadas, possibilitando o direcionamento somente dos casos que demandam os demais níveis de atenção. Além do que, poderia atuar preventivamente diminuindo custos e melhorando a qualidade do atendimento prestado, uma vez que possui maior conhecimento sobre as tendências e perfis epidemiológicos de um território (MASSUDA, 2020).

2.36. Em relação ao custo efetividade, a Estratégia de Saúde da Família tem sido sistematicamente apontada pela literatura como indutora de impactos positivos na situação de saúde da população. Vários estudos demonstram a redução de desigualdades no acesso à saúde no Brasil e revelam que a transição de outros modelos de Atenção Primária para Saúde da Família também levou à redução de mortalidade e hospitalizações por diversas doenças.

2.37. Nesse sentido, o aperfeiçoamento do modelo de cofinanciamento federal vigente é fundamental para angariar legitimidade junto a sociedade brasileira sobre o papel estratégico que a Atenção Primária à Saúde pode cumprir nos cuidados em saúde no âmbito individual e coletivo e no fortalecimento do SUS, afinal, a APS atua próximo das pessoas, está comprometida com a defesa da vida, com a inclusão social, a ampliação da cidadania e é promotora de saúde (KLITZKE, 2022).

3. AFETADOS PELO PROBLEMA REGULATÓRIO

3.1. Afetados pelo problema regulatório são os agentes diretamente impactados com a má distribuição de recursos do modelo de cofinanciamento federal da APS vigente, conforme especificados a seguir:

a) **Usuários dos serviços da APS:** são os demandantes e consumidores dos serviços ofertados pela APS. Considerando o disposto no art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, inserido no Título I “DOS DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS DA SAÚDE”, toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, sendo o acesso preferencialmente nos serviços da APS. Dessa forma, qualquer cidadão pode ser usuário dos serviços da APS, logo esses são os atores impactados direta e indiretamente pelo problema regulatório, vez que a má distribuição dos recursos afeta a oferta do acesso e qualidade da assistência, dentre outros fatores.

b) **Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP):** são as equipes que realizam atendimento e acolhimento aos usuários, responsáveis pelo cuidado integral à saúde da população adscrita. Essas equipes foram sobrecarregadas com as alterações que resultaram em um modelo com foco na capitação ponderada e com o fim do cofinanciamento federal as equipes multiprofissionais (NASF-AB), acarretando excesso de cadastro nas equipes e diminuição no número de equipes multiprofissionais. Desse modo, são diretamente impactadas pelo problema regulatório.

c) **Secretários municipais de saúde:** são os gestores responsáveis pela oferta de ações e serviços da APS em âmbito municipal, respeitando as competências estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, cujas principais atribuições são: organizar, executar e gerenciar os serviços e ações da APS, de forma universal, dentro do seu território; programar as ações da APS a partir de sua base territorial; organizar o fluxo das pessoas; manter atualizado o cadastro das equipes, profissionais, carga horária e serviços no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; organizar os serviços de modo a permitir que APS atue como porta de entrada preferencial do SUS além, no que tange ao financiamento, destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da APS e ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da APS transferidos pela gestão federal e estadual, conforme atribuições estabelecidas no art. 10 da PNAB (Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 27 de setembro de 2017). Pelas suas atribuições, assim como os demais atores, são diretamente impactados pelo problema regulatório.

d) **Secretários estaduais de saúde:** são os gestores responsáveis pela APS no âmbito estadual, respeitando as competências estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tendo como principais atribuições: destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da APS; ser corresponsável pelo monitoramento das ações de APS nos municípios e prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação e qualificação da APS e consolidação da Estratégia Saúde da Família, conforme atribuições estabelecidas no art. 9 da PNAB (Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 27 de setembro de 2017). Dessa forma, pelas suas atribuições, os gestores estaduais de saúde são impactados pelo problema regulatório.

e) **Ministério da Saúde - gestores federais:** a quem compete a gestão das ações da APS. Estão entre suas responsabilidades: definir e rever periodicamente, de forma pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) as diretrizes da APS, destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da APS, mensalmente, de forma regular e automática por meio de repasse fundo a fundo e prestar apoio aos gestores estaduais e municipais no processo de qualificação e consolidação da APS, conforme atribuições estabelecidas no art. 8 da PNAB (Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 27 de setembro de 2017). Pelas suas atribuições, assim como os demais atores, são impactados pelo problema regulatório.

3.2. No quadro 5 a seguir consta especificada a relação dos atores descritos acima com o problema regulatório identificado, considerando suas causas e consequências.

Quadro 5 - Relação dos atores afetados com o problema regulatório.

ATORES	RELAÇÃO COM O PROBLEMA (CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS)
Usuários, gestores e equipes	Baixo recurso para o componente de desempenho (consequência) Grande quantidade de equipes com excesso de cadastros, acima do dimensionamento adequado para garantir o acesso com qualidade (consequência) Desorganização da adscrição do território (consequência) Fim do cofinanciamento federal dos NASF-AB (consequência) Iniquidades na distribuição de recursos da APS (consequência)
Ministério da Saúde	Parâmetro de cadastro dos municípios com base em critérios geográficos (causa) Modelo de eAP competindo com o financiamento das eSF (causa) Complexidade do volume de regras de pagamento (causa) Foco em pacote básico de atenção à saúde/capitação ponderada e indicadores de saúde restritos (causa raiz)
Gestores estaduais e municipais	Dificuldade de compreensão do modelo vigente pelos Municípios e Estados (consequência)
Usuários	Redução da quantidade eSF completa (consequência) Redução do foco na assistência à saúde da população (consequência) Restrição do escopo de ofertas de cuidado (consequência) Fim do cofinanciamento federal dos NASF-AB e criação das eAP (causa)

4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

4.1. O problema regulatório identificado refere-se ao cofinanciamento federal de custeio da APS (Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Insere-se, portanto, no âmbito das competências normativas da Ministra de Estado da Saúde, conforme atribuições conferidas pelo art. 5º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

4.2. Segue abaixo a relação dos principais atos normativos que fundamentam esta Análise de Impacto Regulatório:

I - Constituição Federal – art. 196 que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado e o § 1º do art. 198 que dispõe sobre o financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.

II - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

III - Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

- IV - Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- V - Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
- VI - Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- VII - Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- VIII - Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021, que consolida as normas sobre Atenção Primária à Saúde;
- IX - Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que 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;
- X - Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne com alterações pela Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, Portaria GM/MS nº 4.309, de 14 de dezembro 2022 Portaria GM/MS nº 610, de 17 de maio de 2023 e Portaria GM/MS nº 1.464, de 3 de outubro de 2023;
- XI - Portaria GM/MS nº 169, de 31 de janeiro de 2020, que define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil.
- XII - Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, que dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.
- XIII - Portaria GM/MS nº 74, 9 de fevereiro de 2023, que estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2023, no âmbito do financiamento da Atenção Primária à Saúde.

5. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS

5.1. Objetivo Geral:

5.1.1. Aprimorar a distribuição de recursos federais para a Atenção Primária à Saúde.

5.2. Objetivos específicos:

- I - Revisar o parâmetro de cadastro populacional por equipe de Saúde da Família - eSF e equipe de Atenção Primária - eAP e a classificação dos municípios;
- II - Minimizar a complexidade e o volume de regras de pagamento;
- III - Retomar o cofinanciamento federal das equipes multiprofissionais da APS;
- IV - Valorizar o financiamento das equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF; e
- V - Ampliar o foco na qualidade da assistência da APS.

5.3. Utilizou-se da análise das cinco causas e das oito consequências do problema regulatório “Modelo de cofinanciamento federal da APS com má distribuição de recursos” para definir os objetivos específicos.

5.4. Os objetivos supracitados foram discutidos e definidos, dentre outros não constantes neste relatório, a partir de debate por parte de profissionais da gestão federal da APS como resultado de avaliação e priorização a partir do uso do método SMART como forma de delimitação dos objetivos a serem alcançados.

5.5. O método SMART corresponde a avaliação de cada objetivo proposto de acordo com os seguintes requisitos: a) especificidade (descrever especificamente o efeito desejado); b) mensuração (verificar se o objetivo pode ser atingido); c) alcançável (objetivo possível de ser atingido), d) realístico (com grande chance de êxito); e por fim, e) tempo (prazo para atingimento do objetivo). A partir da priorização dos objetivos específicos, foram elencados os respectivos resultados esperados, conforme apresentado no Quadro 6 abaixo.

Quadro 6 - Resultados esperados a partir do levantamento dos objetivos específicos.

Objetivos Específicos	Resultados esperados
Revisar o parâmetro de cadastro populacional por eSF e eAP e a classificação dos municípios.	Adscrição populacional com maior sensibilidade às especificidades e necessidades do território; e redução do excedente de cadastros das eSF e da sobrecarga das equipes.
Minimizar a complexidade e volume de regras de pagamento.	Melhoria da transparência e compreensão do modelo de cofinanciamento federal pelos Municípios e Estados.
Retomar o cofinanciamento federal das equipes multiprofissionais da APS.	Ampliação do escopo de práticas e serviços ofertados na APS.
Valorizar o financiamento das equipes da ESF.	Distribuição mais equitativa de recursos da APS; aumento de implantação de eSF por parte dos municípios.
Ampliar o foco na qualidade da assistência da APS.	Maior volume de recursos para o componente de qualidade; retomada do foco na assistência à saúde da população.

5.6. Importa destacar que um objetivo pode contribuir para o alcance de mais de um resultado esperado. Por exemplo, revisar o parâmetro de cadastro populacional e a classificação dos municípios poderá refletir na adscrição populacional conforme necessidade do território. A organização dos cadastros, por parte da equipe de Saúde da Família, contribui para a atualização de informações e direcionamento de ações com foco nas questões territoriais e epidemiológicas de saúde dos usuários assistidos. Assim, partir da distribuição populacional de acordo com o território poderá refletir na redução do excedente de cadastros em eSF.

5.7. O objetivo específico “retomar o cofinanciamento federal das equipes multiprofissionais” possibilita a ampliação do escopo de práticas e serviços ofertados contribuindo, desse modo, para a melhoria na gestão da fila de usuários que aguardam atendimento nos serviços especializados.

5.8. Algumas análises utilizando o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Sisab demonstram que os usuários atualmente direcionados para a atenção secundária ou terciária à saúde poderiam ter sido atendidos por equipes multiprofissionais na APS. Dessa forma, o objetivo de retomada do cofinanciamento federal das equipes multiprofissionais, pode também contribuir para a melhora no alcance das metas dos indicadores de cuidado na APS.

5.9. O objetivo específico “valorizar o financiamento das equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF” poderá contribuir para o alcance do resultado concernente a distribuição mais equitativa de recursos da APS e ao aumento de implantação de ESF e demais equipes por parte dos municípios. As equipes da Estratégia Saúde da Família são consideradas prioritárias de acordo com a PNAB e o centro do modelo de cofinanciamento federal para a APS.

5.10. Outro objetivo específico mencionado é o de “minimizar a complexidade e o número de regras de pagamento”, entre os resultados esperados para esse objetivo, destaca-se a possibilidade de transparência e compreensão do modelo de cofinanciamento deferral da APS pelos estados e municípios, possibilitando também maior autonomia federativa. Além disso, poderá refletir no alcance das metas dos indicadores, uma vez que as informações de pagamento e monitoramento serão mais acessíveis e inteligíveis.

5.11. Por fim, o objetivo “ampliar o foco na qualidade da assistência da APS” contribui para o alcance de diversos resultados, entre eles a melhoria da assistência à saúde, partindo para uma perspectiva de promoção e acesso à saúde e não somente do alcance de resultados cadastrais a fim de garantir o repasse dos recursos federais. O aumento do volume de recursos destinados ao componente de qualidade das equipes também é um resultado a ser alcançado a longo prazo por esse objetivo, uma vez que reforça a importância da atenção integral às pessoas, famílias e comunidades de um dado território, considerando o perfil epidemiológico e social de cada indivíduo, além de induzir características, processos e resultados cujas evidências demonstrem impacto na melhoria do acesso, da qualidade e resolutividade da atenção à população.

6. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

6.1. Conforme as Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório - AIR (2018), participação social é definida da seguinte forma:

[...] considera-se participação social em sentido amplo, isto é, qualquer processo que permita o recebimento de informações, críticas, sugestões e contribuições de agentes diretamente interessados e do público em geral sobre questões regulatórias em análise pela agência, órgão ou entidade, utilizando os diferentes meios e canais que forem considerados adequados.

6.2. Segundo o disposto no Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020:

Art. 8º O relatório de AIR poderá ser objeto de participação social específica realizada antes da decisão sobre a melhor alternativa para enfrentar o problema regulatório identificado e antes da elaboração de eventual minuta de ato normativo a ser editado.

(...)

Art. 10. O órgão ou a entidade competente poderá utilizar os meios e os canais que considerar adequados para realizar os procedimentos de participação social e de consulta pública de que tratam os art. 8º e 9º.

6.3. A elaboração desta AIR contou com a participação social no levantamento de informações e contribuições prévias e ao longo de toda a sua formulação.

6.4. Como forma de validar as evidências, os diagnósticos, as premissas e os pressupostos que fundamentaram a análise, a princípio foram realizadas reuniões com teóricos da área da saúde, a citar: Luiz Augusto Facchini, Lígia Giovanella, Gastão Wagner de Sousa Campos, Héider Aurélio Pinto, Adriano Massuda, Eduardo Melo, Lenir Santos, entre outros. Além de entidades como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, o Instituto de Estudos Para políticas de Saúde - IEPS, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC e a Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABrES, neste, o debate foi teve por base o documento “Alternativa para o Programa Previne Brasil: Proposta de alocação de recursos federais para a APS de 2023”.

6.5. Outras áreas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) também contribuíram para o debate, subsidiadas por análises do modelo de cofinanciamento federal da APS denominado Programa Previne Brasil, assim como da reunião de informações a partir da interação que realizam por meio de apoio institucional aos municípios. Ademais, também foram realizadas reuniões sistemáticas com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), seguindo os trâmites previstos na gestão interfederativa do SUS. De acordo com o Art. 14-B da Lei 8080, de 1990, o Conass e o Conasems são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde. Importante destacar que

6.6. Dentre as principais recomendações feitas pelos atores consultados destacam-se:

- a) o aumento dos recursos destinados ao incentivo demográfico per capita, com o objetivo de proporcionar aumento da previsibilidade financeira e da autonomia municipal para utilização dos recursos federais;
- b) a associação do Índice de Vulnerabilidade Social – IVS dos municípios ao porte populacional, com a finalidade de fortalecer a transferência equitativa dos recursos federais;
- c) a retomada do cofinanciamento federal para equipes multiprofissionais, com vistas a induzir a ampliação do escopo de atuação da APS considerando o aporte financeiro federal para esta finalidade; e
- d) a garantia de não haver perdas financeiras aos entes federativos com a instituição do novo modelo de cofinanciamento federal da APS.

6.7. No que tange à proposta de aumento do orçamento destinado ao incentivo demográfico per capita, cuja proposta também foi apresentada como alternativa para solucionar o problema regulatório objeto desta AIR (alternativa 3), a mesma não pode ser implementada devido à ausência de recursos financeiros suficientes para atender aos resultados esperados com a alteração do modelo de cofinanciamento federal para a APS.

6.8. Entretanto foram atendidas todas as demais recomendações apresentadas, a saber:

- a) foi criado o Indicador de Vulnerabilidade e Dimensionamento, que é composto pelo IVS dos municípios e Distrito Federal e pelo porte populacional. O indicador é classificado de 1 a 4, que indica que quanto menor o indicador, mais vulnerável (IVS) e menor a população por município (porte);
- b) foi publicada a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde; e
- c) está prevista a transferência de recursos financeiros compensatórios aos municípios que apresentarem perda financeira com a alteração do modelo de cofinanciamento federal da APS, que será formalizada por meio da inserção de dispositivo específico para tratar do tema na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017.

7. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS

7.1. Para a verificação de experiências internacionais e nacionais foram levantadas referências bibliográficas, utilizando como descritor para a pesquisa a frase “modelo de financiamento da APS”, cuja sistematização foi realizada por meio de quadro descritivo incluindo as informações de título, palavra de busca, palavras-chave, assunto, resumo e data de publicação.

7.2. Observou-se a publicação de experiências nacionais e internacionais no que tange ao financiamento da APS no Brasil, entretanto, referente ao Programa Previne Brasil verificou-se a publicação de artigos científicos, dissertações de mestrado e documentos institucionais somente em âmbito nacional. No que tange ao tema modelo de Estratégia de Saúde da Família foi possível encontrar um vasto referencial bibliográfico.

7.3. Tanto com relação as experiências nacionais como internacionais, vale destacar que alguns elementos relevantes foram descritos neste relatório. Dito isso, nesta seção, inicialmente serão destacados alguns elementos sobre a Estratégia Saúde da Família e posteriormente sobre o Programa Previne Brasil.

7.4. No campo internacional, destaca-se que entre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a OMS elaborou uma resolução (UN, 2019 apud MASSUDA, 2020) que em seu ponto 43 fala sobre otimizar as dotações orçamentárias para a saúde com foco na saúde universal e na cobertura de serviços, assegurando ao mesmo tempo a sustentabilidade fiscal, além de aumentar os gastos públicos com saúde, conforme necessário, e com ênfase na APS. Essa proposição corrobora com toda a discussão sobre o atual recurso da APS e a dificuldade de garantir todos os seus atributos diante da disponibilidade orçamentária atual.

7.5. Segundo Massuda (2020), a OMS observa uma mudança no padrão de financiamento da saúde global, na análise do autor sobre o documento mencionado, verifica-se que os recursos para o setor provêm cada vez menos do gasto direto das famílias e mais de fundos comuns, principalmente de fontes governamentais, sendo necessário o maior direcionamento de recursos públicos para os serviços de saúde. O destaque do autor é uma forma de anunciar um dos problemas que pode estar interferindo no direcionamento de recursos para a APS.

7.6. Ainda segundo o autor, como forma de complementação sobre os problemas de direcionamento de recursos para a APS, existem variações no modo de financiamento e de uso de recursos disponíveis entre países, essa distribuição interfere na equidade do acesso a serviços e tecnologias, na eficiência do uso de recursos, e na melhoria dos resultados em saúde. A análise comparativa entre países demonstra que aqueles com maiores percentuais de financiamento público e de alocação de recursos na APS apresentam melhores resultados em saúde e menores desigualdades entre grupos populacionais.

7.7. Para Macinko e Mendonça (2018), considerando estudos em países industrializados, a disponibilidade de serviços de saúde orientados a partir da Atenção Primária mostra-se como algo vantajoso. Um estudo em 31 países (SCHAFER, BOERMA e KRINGOS, et al. 2011 apud MACINKO e MENDONÇA, 2018) principalmente europeus, evidenciou a complexidade da APS e a necessidade de considerar diversos aspectos para avaliá-la. Estudos posteriores nos mesmos 31 países encontraram associação entre a APS forte e melhores indicadores de saúde na população, menores taxas de hospitalizações desnecessárias e menores desigualdades socioeconômicas na saúde, sendo o impacto ainda maior para pessoas portadores de doenças crônicas.

7.8. O incentivo à APS com foco na equidade entre as regiões do Brasil apresentado como uma das necessidades de mudança no financiamento da APS pode ser atingido, por meio do uso de dados da Política Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e Pesquisa Nacional de Saúde. Macinko e Mendonça (2018), demonstram por meio de dados extraídos da PNAD 1998 e PNS 2013 estratificados nos eixos *região do País, quintil de renda familiar e ano* que a probabilidade de passar por uma consulta com um médico vai diminuindo se a renda familiar também diminui e que isso representa 20% da população brasileira com a renda familiar mais baixa. A relação de baixa renda e baixo acesso a consulta é preponderante nas regiões Norte e Nordeste se comparada as regiões Sul e Sudeste. Os autores destacam uma melhora na equidade para todas as regiões desde 2013, e atribuem essa melhora na adscrição da ESF e as necessidades de saúde.

7.9. Massuda e Malik (2022) afirmam que embora a ESF tenha tido efeitos positivos nos resultados de saúde, vários problemas ainda demandam solução. O financiamento da saúde sustentou a expansão da ESF focada em regiões mais vulneráveis no início da década de 1990, os fundos federais foram criados e canalizados diretamente aos municípios para incentivar a adoção do modelo da ESF, seguindo medidas de apoio à descentralização do sistema de saúde. Atualmente, ainda assim, faz-se necessária a adoção de ações para redução das iniquidades entre as regiões do Brasil e a adoção de estratégias de expansão da ESF.

7.10. No texto Reflexões sobre as Mudanças no Modelo de Financiamento Federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil (MELO, ALMEIDA, LIMA E GIOVANELLA, 2020), fazem uma breve contextualização da ESF e seu papel na APS. Os autores destacam os principais elementos de mudança do modelo proposto e analisam suas possíveis implicações para a APS no Brasil. Entre os principais problemas no modelo de cofinanciamento atual destacam o fim do financiamento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e suas implicações no modelo ESF. Além disso, mencionam a importância das ponderações da capitação ponderada (vulnerabilidade socioeconômica, demográficas e classificação geográfica de municípios), entretanto, sem muito destaque e aprofundamento. Apreende-se que o tema potencial de cadastro por equipe, da forma em que está estabelecido atualmente, não contribui para a prestação do cuidado integral conforme preconizado pela ESF. Ademais, destacam que o modelo atual contribui para a criação de lista de pacientes o que gera instabilidade ao sistema de saúde público.

7.11. No que tange a temática de cadastramento com qualidade, para Macinko e Mendonça (2018), de acordo com resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, entre pessoas maiores de 60 anos, cujos domicílios foram cadastrados na ESF, a cobertura estadual de visitas domiciliares regulares (pelo menos uma visita a cada 1 ou 2 meses) de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) variou de 17% no Distrito Federal (DF) para 88% no estado do Tocantins (TO). Compreende-se assim, que a qualificação do cadastro pode gerar o acompanhamento em saúde de acordo com a necessidade do usuário, a exemplo, a realização de visita domiciliar nos casos necessários.

7.12. Quanto à classificação geográfica do município de acordo com IBGE (urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto), utilizada como forma de classificação do território para o direcionamento do recurso da capitação ponderada, Melo et. al (2020) afirmam que o método não é suficiente para atingir as especificidades do Brasil, assim demandam revisão ou substituição.

A ponderação da proposta de capitação segundo critérios demográficos, de vulnerabilidade socioeconômica e de tipologia rural urbana dos municípios definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), embora indique possibilidade de alocação de recursos para municípios com maiores necessidades, não contempla de modo satisfatório a diversidade de situações existentes e as especificidades regionais e, particularmente, as diferenças de acessibilidade das populações aos serviços de saúde. Além disso, a tipologia de municípios do IBGE utilizada para definir grupos de municípios e respectivas metas de cobertura por equipe não foi criada para esse propósito (medir acessibilidade aos serviços de saúde) e pode gerar distorções, dada a heterogeneidade inter e intramunicipal. (MELO et. al)

7.13. Compreende-se que as mudanças no modelo de financiamento devem ocorrer de forma gradual e incremental aprimorando o que se identificou como algo necessário de ser ajustado. Dessa forma, Massuda (2023) afirma que os diferentes modelos de pagamento apresentam vantagens e desvantagens e seus efeitos podem ser variados conforme o contexto de cada país. Ainda segundo o autor, reformas no modo de pagamento e de funcionamento de serviços também pode produzir impactos perversos e inesperados. Dessa forma, Macinko e Mendonça (2018) recomendam que evitem rupturas bruscas que possam causar efeitos colaterais ao sistema de saúde.

"[...] observamos que não existe sistema de saúde nem modelo de atenção perfeito, mas, os que apresentam melhores resultados na saúde da população, e maior equidade, são os que têm na APS a centralidade de sua organização. Além disso, existe consenso internacional que redução de investimentos nos sistemas e serviços de saúde pode resultar em piores condições de vida, retrocessos nos avanços já alcançados, mais desigualdades e até desacelerar o crescimento econômico."

7.14. Por fim, de acordo com Richard B. Saltman, na publicação "Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas" (2006), a evolução das modalidades de organização de atenção primária em toda a Europa pode ser abordada a partir de diversas perspectivas. As alterações que se deram durante os anos de 1990 a 2000 incidiram sobre os arranjos institucionais por meio dos quais a APS é estruturada. Para o autor tanto as disposições do regime de trabalho a que estão submetidas as equipes de atenção primária prestadoras de serviços, até nas normas de qualidade que influenciam a adequação clínica e social do cuidado prestado refletiram na APS. No caso do Brasil não é diferente, dos anos 1990 até o presente momento foram identificadas diversas mudanças na forma de organização e de alocação de recurso para a APS. Compreende-se que os arranjos que estruturam a APS e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são fundantes para o financiamento da APS e devem ser a referência para qualquer reestruturação e modificação.

8. DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS AO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

8.1. A seguir, são apresentadas as alternativas levantadas para enfrentar o problema regulatório **MODELO DE COFINANCIAMENTO FEDERAL DA APS COM MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS**. A definição das alternativas foi realizada considerando o potencial de cada uma para alcance do objetivo geral estabelecido e também a abrangência relacionada ao atingimento dos objetivos específicos.

8.2. Após esse exercício, as soluções foram agrupadas em 4 alternativas, apresentadas a seguir no quadro 7.

Quadro 7 - Alternativas para a solução do problema regulatório.

Alternativa 1	Manutenção do modelo atual
Alternativa 2	Retomar o modelo de cofinanciamento federal da APS vigente até 2019, com correção financeira
Alternativa 3	Alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS com percentual para o incentivo financeiro demográfico semelhante ao do modelo de financiamento vigente até 2019
Alternativa 4	Alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS

8.3. Alternativa 1: manutenção da situação atual.

8.4. Essa alternativa consiste em manter a estrutura regulatória atual do modelo de cofinanciamento federal da Atenção Primária intitulado Programa Previne Brasil, de modo que a alternativa não envolve ação complementar à estrutura em vigor e não possui agente específico para sua implementação.

8.5. Alternativa 2: retomar o modelo de cofinanciamento federal da APS vigente até 2019 com correção financeira.

8.6. Consiste em revogar o Programa Previne Brasil e retomar o modelo de cofinanciamento federal vigente até 2019, constituído por dois componentes, Piso de Atenção Primária Fixo – PAB Fixo e Piso de Atenção Primária Variável - PAB Variável, com correção monetária para atualização de valores de acordo com a inflação do período de vigência do Previne Brasil. O componente fixo considerava um valor per capita baseado na população estimada pelo IBGE, aplicando os seguintes critérios para definição do valor: a) Produto Interno Bruto per capita; b) porte populacional; c) densidade demográfica; d) percentuais de população em extrema pobreza; e) beneficiários do Programa Bolsa Família; e f) percentual de pessoas com planos de saúde. O componente variável era repassado aos municípios mediante implantação de estratégias e programas prioritários, como as equipes de Saúde da Família e Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial, equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os Consultórios na Rua, as equipes de Atenção Domiciliar, o Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde.

8.7. Essa alternativa tem como finalidade promover previsibilidade aos entes beneficiados em relação aos recursos oriundos da União para o custeio de equipes, serviços, programas e profissionais da APS, como ocorria com o modelo de cofinanciamento federal vigente até 2019.

8.8. A referida alternativa prevê ações lideradas pela SAPS, mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com data de início prevista para o ano de 2024 e um custo total estimado em R\$ 22.341.123.746,53.

8.9. As propostas de soluções não normativas e normativas para esta alternativa regulatória são:

- I - A correção financeira, considerando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA no período de vigência do Programa Previne Brasil;
- II - O levantamento de regras de monitoramento e pagamento;
- III - A publicação de Portaria para retomada do modelo anterior e revogação do Programa Previne Brasil; e
- IV - O desenvolvimento de ações de apoio institucional com estados e municípios para a retomada in loco do modelo de cofinanciamento federal da APS baseado no PAB Fixo e PAB Variável.

8.10. Alternativa 3: alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS com percentual para o incentivo financeiro demográfico semelhante ao do modelo de cofinanciamento vigente até 2019.

8.11. Essa alternativa consiste em alterar o Programa Previne Brasil, com o objetivo de reduzir o protagonismo da capitação ponderada e os recursos financeiros reservados atualmente para esse componente, reorientando-os para a retomada do custeio fixo para equipes de Saúde da Família - eSF e ao aumento do recurso global destinado ao pagamento por desempenho. Consiste, ainda, em promover maior equidade na distribuição dos recursos e na valorização do incentivo per capita fixo, aplicando-se os valores utilizados anteriormente no PAB fixo, com correção monetária.

8.12. As alterações propostas têm como objetivo fomentar a expansão das equipes de Saúde da Família, o aumento da qualidade do cuidado ofertado na APS e a garantia de maior previsibilidade aos entes beneficiados em relação aos recursos oriundos da União para o custeio de equipes, serviços, programas e profissionais da APS, considerando um maior percentual orçamentário atribuído ao incentivo financeiro demográfico.

8.13. Essa alternativa prevê ações lideradas pela SAPS, mediante pactuação na CIT, tem data de início prevista para o ano de 2024 e um custo estimado em R\$ 22.190.934.372,69.

8.14. As propostas de soluções não normativas e normativas para esta alternativa regulatória incluem:

- I - Substituição da metodologia para classificação dos municípios, que atualmente utiliza a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE, pelo Índice de Vulnerabilidade Social – IVS elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, adicionando o porte populacional como variável para classificar os municípios;
- II - Alteração do parâmetro de vinculação e acompanhamento de pessoas por equipe;
- III - Retomar o financiamento federal fixo para equipes de Saúde da Família;
- IV - Aumentar o orçamento global do componente de qualidade;
- V - Retomar o orçamento destinado anteriormente ao PAB - Fixo e direcioná-lo para o incentivo demográfico da nova proposta, com correção monetária;
- VI - Elaborar regras de monitoramento e pagamento;
- VII - Publicar Portaria para instituição do novo modelo; e
- VIII - Desenvolver ações de apoio institucional com estados e municípios para a implementação in loco do novo modelo de cofinanciamento federal da APS.

8.15. Alternativa 4: alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS.

8.16. Diferentemente da alternativa anterior, que propõe para o incentivo demográfico os valores praticados até 2019 com correção monetária, essa alternativa mantém o valor do incentivo fixo estabelecido pelo Programa Previne Brasil, de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos), mas prevê alterações na capitação ponderada, no pagamento por desempenho e a retomada do incentivo fixo para equipes de saúde da família.

8.17. Os principais objetivos da proposta são a valorização e expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família, a ampliação da equidade como critério para rateio dos recursos financeiros oriundos da União e aumento do vínculo e acompanhamento da equipe aos usuários, assim como aumento da qualidade e do escopo de práticas ofertadas pela APS em todo o território nacional.

8.18. Essa alternativa prevê ações lideradas pela SAPS, mediante pactuação na CIT, tem data de início prevista para o ano de 2024 e um custo estimado em R\$ 20.612.114.334,50. Em termos orçamentários, a manutenção dos recursos atualmente destinados ao incentivo demográfico é o que torna viável a possibilidade de aprimoramento dos demais componentes, considerando o montante disponível para reforma do modelo.

8.19. As propostas de soluções não normativas e normativas desta alternativa incluem:

- I - Substituição da metodologia para classificação dos municípios, que atualmente utiliza a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE, pelo Índice de Vulnerabilidade Social – IVS elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, adicionando o porte populacional como

variável para classificar os municípios;

II - Alteração do parâmetro de vinculação e acompanhamento de pessoas por equipe;

III - Retomar o financiamento federal fixo para equipes de Saúde da Família;

IV - Valorizar o financiamento das equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF

V - Aumentar o orçamento global do componente de pagamento por desempenho;

VI - Elaborar regras de monitoramento e pagamento;

VII - Publicação de Portaria para instituição do novo modelo; e

VIII - Desenvolver ações de apoio institucional com estados e municípios para a implementação in loco do novo modelo de cofinanciamento federal da APS.

8.20. A seguir, quadro resumo que resume as 4 alternativas identificadas:

Quadro 8 - Resumo das 4 alternativas identificadas para solução do problema regulatório.

Alternativa	O Que	Porque	Quem	Quando	Onde	Como	Quanto
	(What)	(Why)	(Who)	(When)	(Where)	(How)	(How Much)
1. Manutenção da situação atual	Manter o modelo de financiamento atual	Porque não se justifica a implementação das demais alternativas consideradas	SAPS	Já se encontra em vigência	Não se aplica	Será mantida a estrutura normativa e operacional vigente.	Não se aplica
2. Retomar o modelo de cofinanciamento federal da APS vigente até 2019 com correção financeira	Revogar o modelo de cofinanciamento atual e retomar o modelo de financiamento vigente até 2019 com correção financeira, mas mantendo o mesmo orçamento destinado atualmente ao financiamento da APS	Para proporcionar maior previsibilidade aos entes beneficiados	SAPS e Pactuação tripartite	2024	Não se aplica	Fazer um levantamento das regras aplicadas no modelo de cofinanciamento vigente até 2019 e realizar a correção financeira dos valores necessários para retomá-lo; Pactuar em CIT; e Elaborar minuta de Portaria.	R\$ 22 Bilhões
3. Alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS com percentual para o incentivo financeiro demográfico semelhante ao do modelo de cofinanciamento vigente até 2019	Alterar o modelo de cofinanciamento atual retomando o incentivo fixo para eSF, aumentando o valor pagamento por desempenho e destinando maior recurso para o incentivo fixo per capita, semelhante ao do modelo vigente até 2019	Para fomentar a expansão das eSF (estratégia prioritária da APS), ampliar a qualidade do cuidado na APS e para dar maior previsibilidade aos entes beneficiados do custeio mensal.	SAPS e Pactuação tripartite	2024	Não se aplica	Alterar a classificação dos municípios, os parâmetros de pessoas vinculadas por equipe e fazer simulações com a distribuição de maior recurso para o incentivo per capita fixo; Pactuar em CIT; e Elaborar minuta de portaria.	R\$ 22 bilhões
4. Alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS	Alterar o modelo de cofinanciamento atual retomando o incentivo fixo para eSF e aumentando o valor pagamento por desempenho	Para fomentar a expansão das eSF (estratégia prioritária da APS) e ampliar a qualidade do cuidado na APS, além de dar maior previsibilidade ao município do custeio mensal.	SAPS e SPO e Patuação tripartite	2024	Não se aplica	Alterar a classificação dos municípios, os parâmetros de vinculação de pessoas por equipe e reformular a distribuição dos recursos; Fazer simulações para aferir o impacto financeiro; Pactuar em CIT; e Elaborar minuta de Portaria.	R\$ 20 bilhões

9. IMPACTO DAS ALTERNATIVAS IDENTIFICADAS

9.1. Concluída a definição das alternativas, foi realizada a estimativa de seus impactos positivos e negativos, assim definidos (Brasil, 2021):

I - impactos positivos: qualquer mudança que melhore a condição atual de um ator ou grupo frente à situação de não ação; e

II - impactos negativos: gastos relacionados ou qualquer mudança que piore a condição atual de um ator ou grupo, também com relação ao que ocorreria no cenário de não ação.

9.2. Seguem descritos, no quadro abaixo, os possíveis impactos positivos e negativos das alternativas identificadas como viáveis para o enfrentamento do problema regulatório.

Quadro 9 - Impactos positivos e negativos das alternativas identificadas.

Alternativa	Impactos positivos (benefícios)	Impactos negativos (custos)
1. Manutenção da situação atual	Evita desgaste técnico e político com estados e municípios para nova alteração do modelo de cofinanciamento; e	Manutenção da má distribuição de recursos; Manutenção do excesso de pessoas cadastradas por equipe;

	Dispensa de nova pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.	Número restrito de indicadores que compõe o pagamento por desempenho; Permanência da situação de não cofinanciamento federal das equipes multiprofissionais; Manutenção do excesso e da complexidade de regras; e Manutenção da imprevisibilidade de valores direcionados para custeio das equipes de Saúde da Família - eSF.
2. Retomar o modelo de cofinanciamento federal da APS vigente até 2019 com correção financeira	Proporciona maior previsibilidade financeira aos entes beneficiados.	Pagamento por desempenho mediante adesão, o que inviabiliza a avaliação de todo o país; Desestímulo a vinculação populacional e a qualificação das bases de informações; e Ausência de incentivos direcionados à serviços de modernização (informatização) e de disponibilidade de serviço em horário estendido.
3. Alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS com percentual para o incentivo financeiro demográfico semelhante ao do modelo de cofinanciamento vigente até 2019	Retomar o incentivo fixo para custeio de eSF; Aumentar o valor do pagamento por desempenho; Reduzir o protagonismo da capitação ponderada; Melhorar a distribuição de recursos da APS; Incentivar financeiramente serviços de caráter multiprofissional; Aumento do valor médio global por equipe; Diminuição do parâmetro de pessoas vinculadas e acompanhadas por equipe; Aumento da equidade para distribuição de recursos da APS; Alteração do método de classificação dos municípios, com maior reconhecimento das diversas realidades dos municípios; Recursos no componente demográfico capaz de proporcionar maior previsibilidade financeira aos entes beneficiados; e Ampliação da distribuição de recursos para a APS.	Não há recursos novos suficientes para alterar o modelo de cofinanciamento e destinar ao incentivo per capita fixo nos moldes do modelo de cofinanciamento vigente até 2019.
4. Alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS	Retomar o incentivo fixo para custeio de eSF; Aumentar o valor do pagamento por desempenho; Reduzir o protagonismo da capitação ponderada; Melhorar a distribuição de recursos da APS; Incentivar financeiramente serviços de caráter multiprofissional; Aumento do valor médio global por equipe; Diminuição do parâmetro de pessoas vinculadas e acompanhadas por equipe; Aumento da equidade para distribuição de recursos da APS; Alteração do método de classificação dos municípios, com maior reconhecimento das diversas realidades dos municípios.	Não há recursos novos suficientes para garantir que nenhum ente tenha perda financeira.

9.3. Custos regulatórios

9.4. Na análise de custos, foi utilizada a metodologia de custo padrão. Os custos de cada alternativa foram calculados observando os custos financeiros diretos, considerando os seguintes recursos orçamentários, de acordo com a alternativa:

9.5. Para a alternativa 1:

- I - Incentivo financeiro com base em critério populacional no valor de R\$ 1.269.239.979,72;
- II - Incentivo financeiro da capitação ponderada no valor de R\$ 11.204.013.782,97;
- III - Incentivo financeiro do pagamento por desempenho no valor de R\$ 1.753.440.967,68;
- IV - Incentivo financeiro para ações estratégicas (Programa Saúde na Hora) no valor de R\$ 577.074.904,00; e
- V - Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS no valor de R\$ 679.813.000,00.

9.6. Valor total: R\$ 15.483.582.634,37.

9.7. Destaca-se que o valor total demonstrado acima se refere a execução financeira do ano corrente, sendo o montante executado na parcela novembro de 2023 replicado considerando que o pagamento da parcela dezembro ainda não foi efetivado.

9.8. **Para a alternativa 2:**

- I - Piso de Atenção Primária Fixo no valor de R\$ 6.576.591.718,04; e
- II - Piso de Atenção Primária Variável no valor de R\$ 15.764.532.028,49.

9.9. Valor total: R\$ 22.341.123.746,53.

9.10. Importante destacar que para definição do valor do incentivo financeiro com base em critério populacional foi multiplicado o montante total do Piso de Atenção Primária Fixo executado no ano de 2019 (R\$ 5.150.030.217,00) pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA de outubro de 2023 (0,24%). O mesmo cálculo foi realizado com o montante total executado no Piso de Atenção Primária Variável (R\$ 12.344.968.303,39).

9.11. **Para a alternativa 3:**

- I - Componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária e recurso de implantação no valor de R\$ 9.388.323.600,00;
- II - Componente vínculo e acompanhamento territorial para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária no valor de R\$ 3.818.124.000,00;
- III - Componente de qualidade para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária no valor de R\$ 4.136.301.000,00;
- IV - Componente demográfico de base municipal e do Distrito Federal para ações na Atenção Primária à Saúde no valor de R\$ 6.576.591.718,04;
- V - Incentivo para equipes Multiprofissionais no valor de R\$ 1.835.805.000,00;
- VI - Reajuste das equipes de Consultório na Rua - eCR no valor de R\$ 12.180.000,00;
- VII - Reajuste das equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR no valor de R\$ 26.214.299,50;
- VIII - Reajuste das Unidades Básicas de Saúde Fluvial no valor de R\$ 6.600.000,00; e
- IX - Fator de compensação para transição de modelo R\$ 119.326.455,28.

9.12. Valor total: R\$ 25.919.466.072,82.

9.13. Destaca-se que para o incentivo financeiro com base em critério populacional foi utilizado o mesmo valor do montante total executado em 2019 do Piso de Atenção Básica Fixo, corrigido pelo IPCA (R\$ 6.576.591.718,04), uma vez que esta alternativa prevê a alteração do modelo considerando valores semelhantes aos praticados até 2019 para o componente per capita.

9.14. **Para a alternativa 4:**

- I - Componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária e recurso de implantação no valor de R\$ 9.388.323.600,00;
- II - Componente vínculo e acompanhamento territorial para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária no valor de R\$ 3.818.124.000,00;
- III - Componente de qualidade para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária no valor de R\$ 4.136.301.000,00;
- IV - Componente demográfico de base municipal e do Distrito Federal para ações na Atenção Primária à Saúde no valor de R\$ 1.269.239.979,72;
- V - Incentivo para equipes Multiprofissionais no valor de R\$ 1.835.805.000,00;
- VI - Reajuste das equipes de Consultório na Rua - eCR no valor de R\$ 12.180.000,00;
- VII - Reajuste das equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR no valor de R\$ 26.214.299,50;
- VIII - Reajuste das Unidades Básicas de Saúde Fluvial no valor de R\$ 6.600.000,00; e
- IX - Fator de compensação para transição de modelo R\$ 119.326.455,28.

9.15. Valor total: R\$ 20.612.114.334,50.

10. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

10.1. Para enfrentamento do problema regulatório, faz-se necessário realizar uma comparação entre as alternativas encontradas para seleção da alternativa regulatória mais adequada.

10.2. Para a presente análise, foi escolhida a Metodologia de Análise Multicritério para a comparação das alternativas identificadas. Nessa metodologia, cada critério recebe uma pontuação e uma ponderação de acordo com a expectativa de alcance ao objetivo geral definido.

10.3. De acordo com Pedrycz, Ekel e Parreiras (2011), a análise multicritério consiste em um conjunto de modelos e métodos para estruturação e resolução de problemas que envolvem avaliação, classificação, priorização e escolha de soluções alternativas, de acordo com múltiplos critérios.

10.4. A metodologia multicritério escolhida para a análise foi a AHP – Analytic Hierachy Process, desenvolvida por Saaty (2008), que permite reflexões rápidas com adequado grau de consistência. Trata-se de uma teoria de mensuração que compara elementos em pares por meio da definição de critérios que apresentem relevância para a resolução do problema que, nesse caso, é caracterizado como **MODELO DE COFINANCIAMENTO FEDERAL DA APS COM MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS**.

10.5. Para a resolução do problema foram utilizados como critérios de análise os objetivos específicos a serem alcançados, já delimitados anteriormente, são eles:

- I - Revisar o parâmetro de cadastro populacional e a classificação dos municípios;
- II - Minimizar a complexidade e volume de regras;
- III - Retomar o financiamento federal das equipes multiprofissionais da APS;
- IV - Valorizar o financiamento de eSF; e
- V - Ampliar o foco na qualidade da assistência da APS.

10.6. Inicialmente, foi realizada uma comparação entre os critérios para priorização dos que possuem maior potencial de alcance do objetivo geral. A ponderação dos critérios consistiu na atribuição de pesos por cada participante em uma escala qualitativa apresentada no quadro a seguir:

Quadro 10 - Escala de comparação AHP para avaliação de relevância.

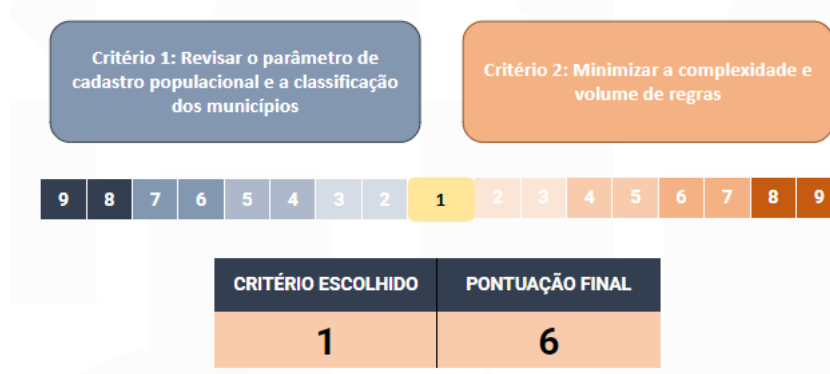
Intensidade	Definição
-------------	-----------

Escala numérica	Escala qualitativa	
9	Extremamente mais importante	A evidência favorecendo um dos critérios é a mais importante, com o mais alto grau de segurança
7	Muito mais importante	Um critério é muito fortemente favorecido, sendo sua importância evidenciada na prática
5	Mais importante	Experiência e juízo indicam fortemente a importância um critério com relação ao outro
3	Moderadamente mais importante	Experiência e juízo indicam levemente a importância um critério com relação ao outro
1	Igualmente importante	Os critérios são igualmente importantes
2, 4, 6, 8	Importâncias intermediárias	Quando os demais descritores de escala não são suficientes para distinção entre os critérios

Fonte: Adaptado de SAATY (1991)

10.7. Para cada par de alternativas, foi apontada a preferência em relação a cada objetivo específico, conforme método representado na figura abaixo:

Figura 1 - Método para escolha da alternativa de preferência.



10.8. Os resultados das comparações entre as preferências selecionadas são apresentados no quadro e tabela abaixo:

Quadro 11 - Resultado da ponderação dos critérios.

Critérios	Preferência	Grau de preferência
Critério 1 Critério 2	Critério 1	6
Critério 1 Critério 3	Critério 1	2,5
Critério 1 Critério 4	Critério 4	2,3
Critério 1 Critério 5	Critério 5	4,5
Critério 2 Critério 3	Critério 3	6,8
Critério 2 Critério 4	Critério 4	6
Critério 2 Critério 5	Critério 5	8,3
Critério 3 Critério 4	Ambos os critérios são importantes	1
Critério 3 Critério 5	Ambos os critérios são importantes	1
Critério 4 Critério 5	Critério 4	1,5

Tabela 1 - Matriz de ponderação dos critérios.

PONDERAÇÃO	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Critério 5
Critério 1	1,000	6,000	2,500	0,444	0,222
Critério 2	0,167	1,000	0,148	0,167	0,121
Critério 3	0,400	6,750	1,000	1,000	1,000
Critério 4	2,250	6,000	1,000	1,000	1,500
Critério 5	4,500	8,250	1,000	0,667	1,000

10.9. Os pesos para cada critério foram estabelecidos a partir da média da normalização dos valores (percentual em relação ao total). Observa-se na tabela abaixo que o critério 5 obteve o maior peso entre as comparações realizadas:

Tabela 2 – Pesos estabelecidos para cada critério.

NORMALIZAÇÃO	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Critério 5	PESOS
Critério 1	0,120	0,214	0,443	0,136	0,058	0,194
Critério 2	0,020	0,036	0,026	0,051	0,032	0,033
Critério 3	0,048	0,241	0,177	0,305	0,260	0,206
Critério 4	0,271	0,214	0,177	0,305	0,390	0,271
Critério 5	0,541	0,295	0,177	0,203	0,260	0,295

10.10. Após a ponderação dos critérios realizou-se então a pontuação das alternativas escolhidas, rerepresentadas abaixo:

10.11. **Alternativa 1:** manter a situação atual;

10.12. **Alternativa 2:** retomar o modelo de cofinanciamento federal da APS vigente até 2019 com correção financeira;

10.13. **Alternativa 3:** alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS com percentual para o incentivo financeiro demográfico semelhante ao do modelo de cofinanciamento federal vigente até 2019; e

10.14. **Alternativa 4:** Alterar o modelo de cofinanciamento atual da APS.

10.15. O método para pontuação observou as mesmas premissas apresentadas do Quadro 10 - Escala de comparação AHP para avaliação de relevância e resultou nos seguintes graus de preferência.

Quadro 12 – Grau de preferência das alternativas.

Critério 1	PREFERÊNCIA	GRAU DE PREFERÊNCIA
------------	-------------	---------------------

Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 2	2,75
Alternativa 1	Alternativa 3	Alternativa 3	4
Alternativa 1	Alternativa 4	Alternativa 4	8,75
Alternativa 2	Alternativa 3	-	1
Alternativa 2	Alternativa 4	Alternativa 4	9
Alternativa 3	Alternativa 4	Alternativa 4	6,75

10.16. O resultado das dinâmicas para a pontuação das alternativas em relação a cada um dos critérios gerou as seguintes matrizes de preferência, considerando valores normalizados (percentual em relação ao total), com destaque para as maiores pontuações.

Tabela 3 – Matriz de preferência do Critério 1 após normalização.

NORMALIZAÇÃO	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4
Alternativa 1	0,061	0,032	0,028	0,083
Alternativa 2	0,167	0,088	0,111	0,081
Alternativa 3	0,242	0,088	0,111	0,108
Alternativa 4	0,530	0,792	0,750	0,728

Tabela 4 – Matriz de preferência do Critério 2 após normalização.

NORMALIZAÇÃO	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4
Alternativa 1	0,049	0,048	0,036	0,054
Alternativa 2	0,427	0,420	0,603	0,338
Alternativa 3	0,220	0,112	0,161	0,270
Alternativa 4	0,305	0,420	0,201	0,338

Tabela 5 – Matriz de preferência do Critério 3 após normalização.

NORMALIZAÇÃO	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4
Alternativa 1	0,042	0,013	0,031	0,069
Alternativa 2	0,281	0,090	0,044	0,127
Alternativa 3	0,313	0,471	0,231	0,201
Alternativa 4	0,365	0,426	0,694	0,603

Tabela 6 – Matriz de preferência do Critério 4 após normalização.

NORMALIZAÇÃO	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4
Alternativa 1	0,039	0,011	0,062	0,040
Alternativa 2	0,301	0,082	0,116	0,054
Alternativa 3	0,311	0,350	0,493	0,544
Alternativa 4	0,350	0,557	0,329	0,362

Tabela 7 – Matriz de preferência do Critério 5 após normalização.

NORMALIZAÇÃO	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4
Alternativa 1	0,069	0,063	0,069	0,070
Alternativa 2	0,069	0,063	0,064	0,060
Alternativa 3	0,431	0,422	0,433	0,435
Alternativa 4	0,431	0,453	0,433	0,435

10.17. A partir das matrizes de normalização, chegou-se ao resultado final da matriz de prioridade das alternativas considerando cada um dos 5 critérios, conforme apresentado a seguir.

Tabela 8 – Resultado final da matriz de prioridade.

	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Critério 5
Alternativa 1	0,051	0,047	0,039	0,038	0,068
Alternativa 2	0,112	0,447	0,135	0,138	0,064
Alternativa 3	0,137	0,191	0,304	0,425	0,430
Alternativa 4	0,700	0,316	0,522	0,399	0,438

10.18. Pode-se notar que a alternativa 4 possui maior relevância em 3 dos cinco critérios, com exceção dos critérios 2 e 4. Contudo, os critérios não possuem pesos iguais, como observa-se no quadro abaixo.

	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Critério 5
Pesos	0,194	0,033	0,206	0,271	0,295

10.19. Considerando então os pesos dos critérios e as pontuações de cada alternativa na matriz de prioridade chegou-se, finalmente, à ordem de preferência entre as alternativas identificadas, sendo a alternativa 4 a que apresentou a melhor avaliação no exercício de priorização.

Tabela 9 – Ordem de preferência das alternativas.

	ESCORES	ORDEM
Alternativa 1	0,050	4
Alternativa 2	0,121	3
Alternativa 3	0,338	2
Alternativa 4	0,492	1

11. EFEITOS E RISCOS DA ALTERNATIVA SUGERIDA

11.1. Para a identificação dos riscos da alternativa escolhida, os quais podem impactar no alcance dos objetivos, foram utilizados os cinco objetivos mapeados anteriormente, conforme a seguir:

- I - Revisar o parâmetro de cadastro populacional por equipe de Saúde da Família - eSF e equipe de Atenção Primária - eAP e a classificação dos municípios;
- II - Minimizar a complexidade e volume de regras do financiamento;
- III - Retomar o financiamento federal das equipes multiprofissionais da APS;
- IV - Valorizar o financiamento de equipes de Saúde da Família; e

V - Ampliar o foco na qualidade da assistência da APS.

11.2. Para cada um dos objetivos selecionados, foram elencados os riscos (total de 12 riscos) e as respectivas causas dos riscos, efeitos e consequências, conforme apresentado no Quadro 13 abaixo:

Quadro 13 - Objetivos, riscos, causas do risco e efeitos/consequências.

OBJETIVO	RISCO	CAUSAS DO RISCO	EFEITOS / CONSEQUÊNCIAS
1. Revisar o parâmetro de cadastro populacional por eSF e eAP e a classificação dos municípios	Não atualização periódica dos dados do IVS	Não há garantias de atualização dos dados	Classificação não atender à realidade, afetando o financiamento
	IVS não ser suficiente para caracterizar as desigualdades entre municípios	Índices apresentam limites para retratar às desigualdades	Limitação para redução das desigualdades
	Possibilidade de aumento de municípios vulneráveis	Revisão da classificação do IVS dos municípios pelo IPEA	Insuficiência orçamentária
	Insuficiência da redução do parâmetro de cadastro	Ausência de recursos orçamentários e financeiros para garantir um parâmetro adequado	Não garantia da qualidade da assistência
2. Minimizar a complexidade e volume de regras	Manutenção da complexidade e da grande quantidade de regras	Histórico de indução com excesso e complexidade de regras	Não alcance do objetivo
3. Retomar o financiamento federal das equipes multiprofissionais da APS	Descontinuidade na implantação da política / de equipes	Mudanças de prioridade na gestão federal	Descontinuidade do financiamento federal para os municípios
	Dificuldade de implantação pelos municípios	Falta de transparência das regras e dificuldades operacionais no sistema	Não realização dos repasses federais
4. Valorizar o financiamento de eSF	Dificuldade de provimento e fixação de médicos	Falta de interesse dos profissionais médicos em atuarem na APS em localidades específicas e em decorrência da carga horária e recursos insuficientes	Descumprimento de carga horária e registro de profissionais que não exercem suas atividades nas equipes em sistemas de informação
	Financiamento não ser atrativo para os municípios	Insuficiência do financiamento federal	Não ampliação da cobertura de eSF
5. Ampliar o foco na qualidade da assistência da APS	Redução insuficiente do foco no cadastro	Manutenção da capitação ponderada	Não garantia da qualidade da assistência
	Dificuldade de monitoramento da qualidade da assistência via indicadores	Ausência de sistemas de informação robustos para o processamento de dados	Falta de transparência das informações relacionadas a indicadores Ausência de informações reais sobre a qualidade da assistência
	Manutenção do foco em indicadores específicos	Ausência de revisões periódicas do rol de indicadores	Não alcance do objetivo

11.3. Uma vez identificados os riscos, procedeu-se a classificação atribuindo peso, em uma escala de valor, considerando a probabilidade de ocorrência e o impacto possível (maior probabilidade/impacto igual ao valor 5 e menor probabilidade/impacto igual ao valor 1), conforme quadro 14 e 15 a seguir:

Quadro 14 - Descrição de probabilidade do risco.

PROBABILIDADE	DESCRIÇÃO DA PROBABILIDADE, DESCONSIDERANDO OS CONTROLES	PESO
Improvável	Pode ocorrer em circunstâncias excepcionais.	1
Rara	Possibilidade de ocorrer de forma inesperada.	2
Possível	Poderá ocorrer. As circunstâncias apontam uma possibilidade moderada.	3
Provável	Deve ocorrer em algum momento. As circunstâncias apontam fortemente para essa possibilidade.	4
Praticamente Certo	Em algum momento o evento ocorrerá, as circunstâncias indicam claramente essa possibilidade.	5

Quadro 15 - Descrição de impacto do risco.

IMPACTO	DESCRIÇÃO DO IMPACTO	PESO
Muito Baixo	Mínimo impacto nos objetivos	1
Baixo	Pequeno impacto nos objetivos	2
Médio	Moderado impacto nos objetivos, porém recuperável	3
Alto	Significativo impacto nos objetivos e de difícil reversão	4
Muito Alto	Os impactos serão trágicos. Irreversíveis	5

11.4. Nesse sentido, os 12 riscos foram identificados e avaliados conforme sua probabilidade e impacto. O resultado dessa avaliação aponta que a maioria dos riscos foi avaliado como médio impacto e provável de ocorrer, conforme a Matriz de Riscos apresentada abaixo:

Quadro 16 – Matriz de riscos.

Probabilidade	Impacto				
	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito alto
Praticamente certo				Possibilidade de aumento de municípios vulneráveis	
Muito provável			Manutenção da complexidade e da grande quantidade de regras; Dificuldade de provimento e fixação de médicos; Redução insuficiente do foco no cadastro; e Dificuldade de monitoramento da qualidade da assistência via indicadores.		
Provável			IVS não ser suficiente para caracterizar as desigualdades entre municípios; Insuficiência da redução do parâmetro de cadastro;		

			Dificuldade de implantação pelos municípios; Financiamento não ser atrativo para os municípios; e Manutenção do foco em indicadores específicos.		
Pouco provável			Não atualização periódica dos dados do IVS; e Descontinuidade na implantação da política de equipes multi.		
Raro					

11.5. Uma vez identificados os possíveis riscos, procedeu-se ao gerenciamento dos riscos, buscando-se soluções no intuito de enfrentá-los, sob três perspectivas:

- I - redução de probabilidade de ocorrência do risco;
- II - redução do impacto do risco nos objetivos e resultados; e
- III - transferência do risco.

11.6. O quadro a seguir sistematiza o resultado do gerenciamento de cada um dos doze riscos.

Quadro 17 - Estratégias de controle dos riscos identificados.

Número	Risco	Classificação do risco	Controle do risco	Controle proposto	Execução do controle proposto
1	Não atualização periódica dos dados do IVS	Pouco provável / médio impacto	Compartilhar o risco	Buscar parceria com o IPEA.	Onde (área responsável): CGFAP Quem (responsável): Coordenação Como (como será implantado): Realizar reuniões e outras atividades de alinhamento interno e externo Como (intervenientes): Gab/SAPS (se e quando necessário) Quando (data de início): Imediato Quando (data de conclusão): Dez/2024
2	IVS e Porte Populacional não serem suficientes para caracterizar as desigualdades entre municípios	Provável / médio impacto	Compartilhar o risco	Monitorar o resultado do financiamento para os municípios com muita desigualdade para acompanhar a aplicação do IVS.	Onde: CGFAP Quem: Coordenação Como: Realizar o acompanhamento do financiamento e de dados de desigualdade e realizar reuniões de alinhamento com outras unidades da SAPS Como: CGPROJ e CGAEP Quando: Um ano após a publicação da Portaria Quando: Contínuo
3	Possibilidade de aumento de municípios vulneráveis	Praticamente certo/Alto impacto	Mitigar o risco	Articular com a área de orçamento para garantir recursos na implementação do modelo no curto prazo; e Estabelecer regra em Portaria com fixação da base utilizada, para o longo prazo.	Onde: CGFAP Quem: Coordenação Como: Reuniões de alinhamento, monitoramento da atualização do IVS Como: Gab/SAPS e CGPO Quando: Imediato Quando: Contínuo
4	Insuficiência da redução do parâmetro de cadastro	Provável / médio impacto	Compartilhar o risco	Monitorar os resultados da redução do parâmetro de cadastro.	Onde: CGFAP Quem: Coordenação Como: Realizar o acompanhamento do número de cadastros e outros indicadores e realizar reuniões de alinhamento com outras unidades da SAPS Como: CGPROJ e CGAEP Quando: Um ano após a publicação da Portaria Quando: Contínuo
5	Manutenção da complexidade e da grande quantidade de regras	Muito provável/ médio impacto	Mitigar o risco	Buscar a minimização gradual da complexidade e volume de regras.	Onde: CGFAP Quem: Coordenação e equipe técnica Como: Reuniões de alinhamento com outras unidades SAPS para alinhamento de regras Como: Gab/SAPS e demais unidades da SAPS Quando: Imediato Quando: Contínuo
6	Descontinuidade na implantação da política / de equipes	Pouco provável / médio impacto	Compartilhar o risco	Prever em PPA como entrega.	Onde: CGFAP, DESCO e CAIN Quem: Diretoria e Coordenação Como: proposição e manutenção da proposta no PPA Como: CGFAP Quando: Imediato Quando: Publicação da Lei que trata do PPA 2024-2027
7	Dificuldade de implantação pelos municípios	Provável / médio impacto	Compartilhar o risco	Orientar municípios acerca das regras e registro de informações no sistema;	Onde: DESCO (CAIN) e CGFAP Quem: Direção e coordenações

				e Adequar sistema de informação à norma.	Como: Reuniões de alinhamento, produção de materiais orientações e realização de seminários Como: Gab/SAPS e DRAC/SAES Quando: Imediato Quando: Contínuo
8	Dificuldade de provimento e fixação de médicos	Muito provável/ médio impacto	Mitigar o risco	Monitorar equipes com dificuldade de provimento e fixação de médicos e propor medidas de priorização junto ao programa de provimento médico federal.	Onde: SAPS Quem: Secretário e equipe técnica Como: Levantar e alinhar as informações de provimento e fixação dos municípios e realizar o monitoramento e reuniões com as áreas envolvidas. Como: CGFAP, CGPROJ, DGAPS, e Gab/SAPS Quando: Imediato Quando: Contínuo
9	Financiamento não ser atrativo para os municípios	Provável / médio impacto	Compartilhar o risco	Articular com área de orçamento.	Onde: CGFAP Quem: Coordenação Como: Realizar reuniões e outras atividades de alinhamento Como: CGPO, Gab/SAPS e SPO Quando: Imediato Quando: Contínuo
10	Redução insuficiente do foco no cadastro	Muito provável/ médio impacto	Mitigar o risco	Propor medidas de aprimoramento da capitação ponderada e apoio institucional aos municípios.	Onde: CGFAP Quem: Coordenação Como: Criação de critérios para qualificação do cadastro, reuniões de alinhamento e subsídios para as ações de apoio institucional Como: Conasems, Conass, DESCO e Gab/SAPS Quando: Imediato Quando: Contínuo
11	Dificuldade de monitoramento da qualidade da assistência via indicadores	Muito provável/ médio impacto	Mitigar o risco	Oferecer apoio para aprimorar métodos de cálculo, indicadores e sistemas de informação.	Onde: DESCO, CGPROJ e CGFAP Quem: Coordenação e equipe técnica Como: Realizar reuniões e outras atividades de alinhamento Como: CGPROJ e CGMAIA Quando: Imediato Quando: Contínuo
12	Manutenção do foco em indicadores específicos	Provável / médio impacto	Compartilhar o risco	Articular internamente e externamente (Conass e Conasems).	Onde: CGFAP, CGMAIA e Gab/SAPS Quem: Coordenações e Gab/SAPS Como: Realizar reuniões e outras atividades de alinhamento Como: Conass e Conasems Quando: Imediato Quando: Contínuo

12. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SELECIONADA

12.1. Para implementação da alternativa regulatória escolhida, foi elaborado um modelo lógico de intervenção com base nos objetivos (geral e específicos) do problema regulatório trabalhado. O modelo lógico contribui para a resolução dos problemas identificados, pois, favorece a elaboração do desenho da intervenção regulatória considerando sua exequibilidade e uma melhor visualização da lógica da intervenção. De acordo com Krause (2020) o uso de modelo lógico:

“(…) busca representar tanto as cadeias causais de um problema identificado, como os relacionamentos entre recursos, ações, produtos e resultados de um programa que, espera-se, deverá mudar a situação que originou o problema. A representação desses relacionamentos deverá tentar, portanto, explicar um problema e, também, o resultado esperado da intervenção da política pública.

12.2. Importante destacar, que o presente modelo lógico foi qualificado mediante contribuições oriundas de representações de gestores municipais e estaduais ao longo do desenvolvimento dessa proposta de intervenção.

12.3. Inicialmente, foi definido o impacto pretendido pela intervenção para que fosse possível prever a sequência de atividades necessárias e suas relações com os atores envolvidos.

12.4. A representação visual do modelo lógico para a implementação da alternativa regulatória selecionada é apresentada no quadro abaixo:

Quadro 18 – Modelo lógico para implementação da alternativa regulatória selecionada.

Recursos humanos e materiais	Ações	Produtos	Alcance	Resultados imediatos	Resultados intermediários	Resultados finais	Impacto
Equipes técnicas	Elaboração de atos normativos e notas técnicas	Atos normativos e notas técnicas	Representantes de estados e municípios, gestores, profissionais da APS e usuários dos serviços da APS	Retomar o financiamento federal das equipes multiprofissionais da APS Revisar o parâmetro de cadastro populacional e a classificação dos municípios	Minimizar a complexidade e volume de regras	Ampliar o foco na qualidade da assistência da APS	Aprimoramento da distribuição de recursos da Atenção Primária à Saúde

				Valorizar o financiamento de eSF		
Instâncias deliberativas	Pactuação e aprovação da alteração do novo modelo de cofinanciamento federal da APS	Atos normativos	Representantes de estados e municípios, gestores, profissionais da APS e sociedade civil	Revogar o Programa Previne Brasil	-	Novo modelo de cofinanciamento federal da APS
Recursos financeiros	Planejamento de ações de comunicação e identificação de formas de intensificar a agenda de apoio institucional	Plano de comunicação e de apoio institucional elaborado	Gestores, equipes, profissionais e serviços da APS e sociedade civil	-	-	Ampliar a compreensão do financiamento da APS por todos os atores envolvidos
Dados e informações	Elaboração de diagnóstico situacional sobre as informações necessárias para implementação do novo modelo de cofinanciamento federal da APS	Diagnóstico situacional e plano de ação	Algumas coordenações da SAPS	-	-	Sistema de monitoramento, avaliação e pagamento fortalecido

12.5. Os recursos humanos e materiais são os recursos necessários para realização das atividades regulatórias. No caso em questão, para que a intervenção possa ser implementada, deve-se envolver equipes técnicas e instâncias deliberativas para revogação do Programa Previne Brasil e instituição do novo modelo de cofinanciamento federal da APS, o uso de dados e informações para elaboração de diagnóstico situacional das ações necessárias para o fortalecimento dos sistemas de monitoramento, avaliação e pagamento, bem como direcionar recursos financeiros para a execução das atividades de comunicação e apoio institucional.

12.6. Conforme o modelo lógico apresentado, deve-se realizar as seguintes atividades e ações para produzir os resultados:

- a) Elaboração de atos normativos e notas técnicas;
- b) Pactuação e aprovação da alteração do novo modelo de cofinanciamento federal da APS;
- c) Planejamento de ações de comunicação e identificação de formas de intensificar a agenda de apoio institucional; e
- d) Elaboração de diagnóstico situacional sobre as informações necessárias para implementação do novo modelo de cofinanciamento federal da APS.

12.7. Os produtos das atividades e ações regulatórias serão:

- a) Atos normativos;
- b) Notas técnicas;
- c) Plano de comunicação elaborado;
- d) Plano de apoio institucional elaborado; e
- e) Diagnóstico situacional desenvolvido.

12.8. Nesse contexto, os resultados esperados deverão alcançar os principais atores afetados, são eles: representantes de estados e municípios; os usuários dos serviços da APS; equipes, profissionais e serviços da APS; os secretários municipais de saúde, os coordenadores municipais da APS e os apoiadores de municípios; e algumas coordenações da SAPS/MS.

12.9. O aprimoramento da distribuição de recursos da APS por meio da alteração do modelo de cofinanciamento necessita de um período de adaptação para sua efetiva implementação, portanto, será necessário estabelecer um período de transição.

12.10. Ao longo desse período de transição será possível obter os resultados imediatos, intermediários e finais, conforme segue:

- I - Resultados imediatos: retomada do financiamento federal das equipes multiprofissionais da APS; reajuste dos valores federais transferidos para equipes de Consultório na Rua – eCR e equipes de Atenção Primária Prisional – eAPP, revisão do parâmetro de cadastro populacional e a classificação dos municípios; e valorização do financiamento das eSF.
- II - Resultados intermediários: minimizar a complexidade e volume de regras de pagamento.
- III - Resultados finais: ampliação do foco na qualidade da assistência da APS; instituição do novo modelo de cofinanciamento federal da APS; ampliação da compreensão do financiamento da APS por todos os atores envolvidos; e fortalecimento do sistema de monitoramento, avaliação e pagamento da APS.

12.11. Por fim, alcançando os resultados finais, será possível atingir o objetivo esperado, que é o aprimoramento da distribuição de recursos federais para a Atenção Primária à Saúde.

12.12. Para a implementação da alternativa escolhida faz-se necessária a alteração do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, “Do Custeio da Atenção Primária à Saúde”, para instituir a nova metodologia de cofinanciamento federal de custeio para a Atenção Primária à Saúde.

12.13. Nesse sentido foi elaborada a minuta de Portaria anexa ao OFÍCIO Nº 185/2023/CGFAP/SAPS/MS ([0037622649](#)) contendo as seguintes alterações no modelo de cofinanciamento federal da APS.

- a) Criação do indicador de vulnerabilidade e dimensionamento – IVD, composto pela classificação dos municípios e Distrito Federal de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social - IVS definido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e o porte populacional definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com aplicação de peso nos seguintes termos: $(IVS*0,3) + (Porte*0,2)$. O indicador é classificado de 1 a 4, que indica que quanto menor o indicador, mais vulnerável (IVS) e menor a população por município (porte).
- b) Com relação ao porte populacional foram utilizadas as seguintes classificações: até 20 mil habitantes; acima de 20 mil até 50 mil habitantes; acima de 50 mil até 100 mil habitantes; e acima de 100 mil habitantes.
- c) Substituição da metodologia para classificação dos municípios, que atualmente utiliza a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE, pelo indicador de vulnerabilidade e dimensionamento.
- d) Instituição do incentivo fixo para as eSF e eAP cujo cálculo considera a classificação do indicador de vulnerabilidade e dimensionamento do município e Distrito Federal.
- e) Criação do incentivo de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP, em substituição à capitação ponderada, composto de um valor fixo que considera o parâmetro de cadastro da equipe e de um valor variável calculado considerando o teto de pessoas vinculadas e

acompanhadas por eSF e eAP e, observando os seguintes critérios: I – socioeconômico e demográfico, que considera a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada e o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF, eSFR e eAP; e II - a qualidade e a atualização das informações registradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Sisab.

f) Substituição do incentivo do pagamento por desempenho para incentivo de qualidade para as eSF e eAP passando, dentre outras alterações, o desempenho das equipes a serem classificados em ótimo, bom ou regular e com aumento dos valores do incentivo.

g) Alteração do parâmetro de cadastro por equipe com a criação de faixas de adscrição populacional.

h) Alteração do nome da Seção das ações estratégicas para incentivo para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes da APS.

i) Criação de Seção específica para a atenção à saúde bucal.

j) Alteração do Anexo C à Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017, no que tange as hipóteses de suspensão proporcional e total do incentivo financeiro. A referida suspensão antes prevista para a capitação ponderada passou a ser aplicada no incentivo fixo de eSF e eAP.

k) Alteração do Anexo XCIX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 de 2017.

l) Alteração do nome do componente incentivo financeiro com base em critério populacional para incentivo demográfico de base municipal e do Distrito Federal para ações na Atenção Primária à Saúde.

m) Acréscimo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) nos valores federais transferidos para a manutenção das equipes de Consultório na Rua – eCR, de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para Unidades Básicas de Saúde Fluvial e de R\$ 10.080,00 (dez mil oitenta reais) para equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR.

n) As regras de transição para a aplicação da nova metodologia de financiamento de custeio da APS constam no art. 8º da minuta de Portaria.

12.14. Em atenção ao disposto no § 3º do art. 12 da Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017 segue anexo ao OFÍCIO Nº 185/2023/CGFAP/SAPS/MS (0037622649) quadro comparativo que demonstra as alterações entre o texto vigente e o texto proposto (0037651060).

12.15. Além das alterações citadas acima, na minuta de Portaria proposta consta a revogação das seguintes Seções, Portarias e dispositivos:

12.16. I - da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017:

12.17. a) incisos III e IV do art. 10;

12.18. b) §§ 2, 3, 4, 5, 6 e 7 do art. 11;

12.19. c) art. 11-B;

12.20. d) art. 12-A;

12.21. e) art. 12-B;

12.22. f) § 3º do art. 12-C;

12.23. g) art. 12-D;

12.24. h) parágrafo único do art. 12-J;

12.25. i) incisos I, II, III, IV, V e VI e parágrafo único do art. 12-O;

12.26. j) §§ 4 e 5 do art. 12-P;

12.27. k) art. 12-Q;

12.28. l) art. 69;

12.29. m) art. 69-A; e

12.30. n) Seção X e XII do Capítulo II do Título II, referentes respectivamente, ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS e ao Programa saúde na Hora. Os recursos financeiros destinados a referidos Programas serão remanejados para os demais componentes do financiamento da APS com enfoque no custeio da estratégia de saúde da família.

12.31. II – Seção I-A e IV do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

12.32. III – Portaria GM/MS nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

12.33. IV - Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, que estabeleceu 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; e

12.34. V – Portaria GM/MS nº 397, de 16 de março de 2020, que alterou as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.

12.35. Do impacto orçamentário da alteração proposta

12.36. No tocante aos aspectos estritamente orçamentários, cumpre informar que as projeções orçamentárias demonstraram que a alteração do modelo de cofinanciamento federal da APS não resulta em ampliação dos montantes orçados na proposta relativa ao Projeto de Lei que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2024 - PLOA 2024, no âmbito da ação orçamentária 10.301.5119.219A - Piso de Atenção Primária à Saúde.

12.37. As expansões de equipes e serviços, as quais irão onerar o Piso de Atenção Primária à Saúde, serão autorizadas em atos normativos específicos, devendo ser editados considerando a disponibilidade orçamentária para o exercício nas respectivas programações orçamentárias.

12.38. Portanto, não há criação, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento de despesa, nos termos do art. 16 da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000).

12.39. Outrossim, além da adequação orçamentária com o PLOA 2024, observa-se que a alteração do modelo de cofinanciamento federal da APS tem compatibilidade com o Projeto de Lei que institui o Plano Plurianual da União para o período de 2024 a 2027, como também com o Projeto de Lei que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2024.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

13.1. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 26 out.2023.

13.2. BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 6 de setembro de 2023.

- 13.3. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 6 de setembro de 2023.
- 13.4. BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 6 de setembro de 2023.
- 13.5. BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 6 de setembro de 2023.
- 13.6. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 5 de setembro de 2023.
- 13.7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em 5 de setembro de 2023.
- 13.8. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2017.
- 13.9. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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 de 13 de novembro de 2019, Edição 220, Seção 1, página 97.
- 13.10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 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 de 11 de dezembro de 2019, Edição 239, Seção 1, página 172.
- 13.11. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 169, de 31 de janeiro de 2020**. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-169-de-31-de-janeiro-de-2020-240912927>. Acesso em: 5 set.2023.
- 13.12. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 de outubro de 2020**. Dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2713_07_10_2020.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20m%C3%A9todo%20de,%C3%A2mbito%20. Acesso em: 5 set.2023.
- 13.13. BRASIL, Ministério da Economia. Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade – SEAE. **Guia para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório (AIR)**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mma/pt-br/acao-a-informacao/analise-de-impacto-regulatorio-2013-air-1/guia-para-elaboracao-de-air-2021_vdefeso.pdf
- 13.14. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021**. Consolida as normas sobre Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>. Acesso em: 5 set.2023.
- 13.15. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União de 21 de janeiro de 2022, Edição 15, Seção 1, página 197.
- 13.16. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.309, de 14 de dezembro 2022**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4309_16_12_2022.html. Acesso em: 5 set.2023.
- 13.17. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 74, 9 de fevereiro de 2023**. Estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2023, no âmbito do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-74-de-9-de-fevereiro-de-2023-463844936>. Acesso em 5 set.2023.
- 13.18. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 610, de 17 de maio de 2023**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, para dispor sobre os indicadores do pagamento por desempenho no primeiro e segundo quadrimestres do ano de 2023. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-610-de-17-de-maio-de-2023-483958877>. Acesso em: 5 set. 2023.
- 13.19. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.464, de 3 de outubro de 2023**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.464-de-3-de-outubro-de-2023-514629629>. Acesso em 5 de setembro de 2023.
- 13.20. FUNCIA, Francisco Rózsa. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 12 [Acessado 17 Julho 2021], pp. 4405-4415. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1678-4561.
- 13.21. KLITZKE, Dirceu D. **O investimento das três esferas de governo em Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2017**. Revista Diálogos, 2022.
- 13.22. KLITZKE, Dirceu D. **A história do financiamento federal em APS**. Parte I, 2023. Disponível em: <https://atencaoprimaria.com.br/a-historia-do-financiamento-federal-em-aps-parte-i/>
- 13.23. KRAUSE, Cleandro. **Modelo Lógico para Análise de Políticas Públicas em Perspectiva Histórica**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [online]. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_2572.pdf. Acesso em 15 de novembro de 2023.
- 13.24. MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling Mendonça. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- 13.25. MASSUDA, Adriano. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 17 Junho 2021], pp. 1181-1188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Epub 17 Abr 2020. ISSN 1678-4561.
- 13.26. MASSUDA, Adriano et al. **Brazil's Primary Health Care Financing: case study**. London School of Hygiene & Tropical Medicine [online]. 2022. Disponível em: https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/u793/brazilprimaryhealthcarefinancing_casestudy_1.pdf
- 13.27. MELO, Eduardo Alves et al. **Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil**. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe5 [Acessado 17 Julho 2021], pp. 137-144. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>.

- 13.28. MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, out-dez., 2014.
- 13.29. MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. **Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 224-243, set. 2018.
- 13.30. Pedrycz, W; Ekel, P.Y.; Parreiras, R.O. apud Sílvia, Livia Maria Leite da. **Modelos e Métodos para Análise Multicritério e Tomada de Decisão Espacial em Ambiente de Incertezas e suas Aplicações.** 2020. 167 f. Tese (Doutorado em Engenharia Elétrica) - Escola de Engenharia, Programa de Pós-graduação em Engenharia Elétrica, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2020.
- 13.31. PINTO, Heider Aurélio. **Análise do financiamento da Política Nacional de Atenção Básica de 1996 até 2017.** Saúde em Rede, v.4, n.1, 2018.
- 13.32. SAATY, TL. **Analytic hierarchy process. Planning, priority setting, resource allocation.** São Paulo: makron Books, 367 p. 1991.
- 13.33. SCHAFER WL, BOERMA WG, KRINGOS DS, et al. **QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care.** BMC Fam Pract. 2011; 12:115 apud MACINKO e MENDONÇA, 2018.
- 13.34. United Nations (UN). UN General Assembly. **Resolution 74/2: political declaration of the high-level meeting on universal health coverage.** New York: UN; 2019, apud MASSUDA, 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Dirceu Ditmar Klitzke, Coordenador(a)-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária**, em 04/12/2023, às 09:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0037630390** e o código CRC **D348AEE9**.