

DEBATE ACERCA DO NOVO FINANCIAMENTO DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DEBATE ABOUT PHC NEW FINANCING: AN EXPERIENCE REPORT

DEBATE SOBRE EL NUEVO FINANCIAMIENTO DE LA APS: UN INFORME DE EXPERIENCIA

Caroline Schilling Soares

Universidade Federal de Minas Gerais
carolschillings@gmail.com

Klébio Ribeiro Silva de Martin

Universidade Federal de Minas Gerais
klebioribeiro@gmail.com

Mariane Coimbra da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais
marianecoimbrasilva@gmail.com

Tatiana Nunes Carvalho

tati.nunesc@gmail.com



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

RESUMO

O artigo tem como objetivo apresentar as ideias debatidas por discentes do curso de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) relacionadas ao novo financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), intitulado Programa Previne Brasil, e propor sugestões para gestores das Secretarias Municipais de Saúde para lidar com os desafios do novo modelo de financiamento. A metodologia consiste em relato de experiência de um fórum de discussão entre discentes do referido curso de mestrado sobre o tema do novo financiamento. Como fundamentação teórica foram utilizadas publicações oficiais e artigos relacionados aos princípios do Sistema Único de Saúde, às diretrizes, características e atributos da APS e ao Programa Previne Brasil. Foram analisados quatro tópicos de discussão: universalidade do acesso e cadastro, impactos positivos e negativos nos pressupostos da APS, mudanças em ações estratégicas, e planejamento em saúde e perda de recursos. Concluiu-se que o debate foi enriquecedor para a qualificação e tomada de decisões dos gestores da área da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The article aims to present the ideas debated by students of the Master's Course in Health Services Management at the Federal University of Minas Gerais (UFMG) related to the new financing of Primary Health Care (PHC), entitled Programa Previne Brasil, and propose suggestions for managers of the Municipal Health Departments to deal with the challenges of the new financing model. The methodology consists of an experience report of a discussion forum among students of that master's course on the topic of new financing. As a theoretical basis, official publications and articles related to the principles of the Unified Health System, the guidelines, characteristics and attributes of PHC and the Previne Brasil Program were used. Four topics of discussion were analyzed: universality of access and registration, positive and negative impacts on PHC assumptions, changes in strategic actions, and health planning and loss of resources. It was concluded that the debate was enriching for the qualification and decision making of health managers.

Key-words: Primary Health Care; Healthcare Financing.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo presentar las ideas debatidas por estudiantes de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) relacionadas con el nuevo financiamiento de la Atención Primaria de Salud (APS), titulado Programa Previne Brasil, y proponer sugerencias para los gestores de los Departamentos Municipales de Salud para enfrentar los desafíos del nuevo modelo de financiamiento. La metodología consiste en un relato de experiencia de un foro de discusión entre estudiantes de esa maestría sobre el tema del nuevo financiamiento. Como base teórica se utilizaron publicaciones oficiales y artículos relacionados con los principios del Sistema Único de Salud, los lineamientos, características y atributos de la APS y el Programa Previne Brasil. Se analizaron cuatro temas de discusión: universalidad del acceso y registro, impactos positivos y negativos en los supuestos de la APS, cambios en las acciones estratégicas y planificación en salud y pérdida de recursos. Se concluyó que el debate fue enriquecedor para la calificación y toma de decisiones de los gestores de salud.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud; Financiación de la Atención de la Salud.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil é pluralista, tanto em termos institucionais, quanto no que diz respeito às fontes de financiamento e à modalidade de atenção à saúde, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) a principal via de acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Anteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro era financiado pelo sistema previdenciário nas ações de saúde de caráter curativo e por recursos fiscais nas ações de saúde pública. A partir da Constituição, ficou definido que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social seriam vinculados à saúde, o que, na prática, não ocorreu. As Leis Orgânicas da Saúde reafirmaram os preceitos constitucionais da reforma sanitária democrática dos anos 80 e definiram a participação de estados e municípios na alocação e gestão dos recursos, assim como a transferência de recursos fundo a fundo (ALEMÃO, 2017; BRASIL, 1988, 2012).

O financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecido em 1998, mediante a criação de um valor per capita para o custeio de procedimentos relativos à APS, o Piso da Atenção Básica (PAB), e a criação de incentivos financeiros para o desenvolvimento de programas específicos, como o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (ALEMÃO, 2017).

O financiamento da saúde é tripartite e, através da Emenda Constitucional (EC) nº 29 de 2000, ficaram definidos os percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados e os Municípios, sendo 12% e 15%, respectivamente. Mas somente em 2015, por meio da Emenda Constitucional nº 86 foi definido o percentual mínimo de investimento em saúde para a União, sendo 15% da RCL, escalonada em 5 anos. Ressalta-se, porém, que em determinados anos, a União e parte dos estados e municípios não aplicaram o mínimo exigido pela EC 29/00 (BRASIL, 2012).

O Pacto de Gestão do SUS de 2006 estabeleceu a organização do financiamento federal em seis blocos, sendo cinco de custeio (Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Bloco de Atenção Básica, Bloco de Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica e Bloco de Gestão do SUS) e um de investimento (denominado Bloco de Investimento) (BRASIL, 2006; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018). Em 2017, através da Portaria nº 3.992, houve mudança das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, com dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, permitindo a flexibilização do fluxo financeiro e a priorização dos gastos em saúde conforme a gestão municipal. Assim, em 2017 deixou de existir o Bloco de Atenção Básica e, em 2019, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu um novo modelo de financiamento para a APS, através do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2017a, 2019a; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

O subfinanciamento, a ineficiência alocativa para sustentar um sistema público universal e a iniquidade na distribuição dos recursos financeiros são marcas centrais do financiamento do SUS. A APS resolve mais de 80% dos problemas de saúde, porém a maior parte dos recursos são destinados para a Atenção Secundária e Terciária (cerca de 70% dos gastos) (MENDES, 2012; MENDES; MARQUES, 2014). Aliado a essas questões, o grande desafio veio com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que limitou pelos próximos 20 anos os gastos federais, os quais passaram a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e não mais pelo crescimento da RCL. Dessa forma, o subfinanciamento do SUS poderá chegar até mesmo a um desfinanciamento (BRASIL, 2006; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018; FUNCIA, 2019; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; MORIMOTO; COSTA, 2019).

O novo modelo de financiamento da APS, também conhecido como Programa Previne Brasil, foi instituído pela Portaria Ministerial nº 2.979 de 2019, a qual estabeleceu que o custeio da APS se daria por meio de (BRASIL, 2019a):

- Capitação ponderada, que considera a população cadastrada, a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica do município definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

- Pagamento por desempenho das equipes de Saúde da Família (eSF) considerando os resultados alcançados em indicadores quantitativos propostos; e
- Incentivos a ações estratégicas e prioritárias.

Nesse contexto, o presente artigo tem o objetivo de apresentar as ideias debatidas por discentes do curso de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) relacionadas ao novo financiamento da APS e propor sugestões para gestores das Secretarias Municipais de Saúde para lidar com os desafios do novo modelo de financiamento.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Constituição Federal brasileira estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Sendo assim, o SUS deve garantir a universalidade do acesso por toda a população. E a universalidade, assim como a equidade e a integralidade, é um princípio doutrinário do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1988, 2017b), devendo ser respeitado nos programas e ações de todos os níveis de atenção do sistema público de saúde do Brasil. A Atenção Primária deve ser a porta de entrada prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, por isso, o seu acesso não deve eleger populações prioritárias, preservando o princípio da equidade (DOMINGOS *et al.*, 2016; MENDES, 2015).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas (BRASIL, 2015). Dentre seus princípios, atributos e funções destaca-se: territorialização e responsabilização sanitária, adscrição dos usuários e vínculo, acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial, cuidado longitudinal e integral, resolubilidade, coordenação do cuidado, ordenação da RAS e trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2015; MENDES, 2012).

Em relação à resolubilidade, destaca-se que a APS atende a mais de 80% dos problemas de sua população, com tecnologias de menor densidade tecnológica e mais intensivas em cognição. Estudos mostram que essa resolubilidade da Atenção Primária pode reduzir consideravelmente as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que geram um alto custo ao sistema público de saúde (MENDES, 2012; MORIMOTO; COSTA, 2019; PINTO *et al.*, 2019).

Desde 1994, o custeio federal das equipes de Saúde da Família (eSF) foi importante para o fortalecimento do modelo de atenção à saúde no nível primário, permitindo que, em 2019, o Brasil atingisse um total de 42.064 equipes implementadas em 5.506 municípios e Distrito Federal. Ao longo desses 25 anos, o Ministério da Saúde consolidou Portarias, estruturou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, em 2019, criou uma Secretaria responsável pela APS e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), denominada Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). O Brasil atravessa um período de estagnação econômica nos últimos anos que impõem grandes desafios ao MS. Em um contexto no qual os recursos são limitados, o Estado deve fazer escolhas ótimas para gerir a oferta de ações e serviços de saúde, procurando aumentar a longevidade e a qualidade de vida da população (DAVID; SHIMIZU; DA SILVA, 2015; REIS *et al.*, 2019). Com os desafios colocados frente à restrição orçamentária, o Ministério da Saúde definiu um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária, baseado em resultados em saúde e eficiência (REIS *et al.*, 2019). A eficiência em saúde é entendida como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado e obtendo a melhor relação de custo-efetividade possível (DONABEDIAN, 2003; VIACAVA *et al.*, 2012).

O modelo de financiamento baseado em captação ponderada e pagamento por desempenho na APS baseou-se na experiência bem sucedida de países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Turquia, entre outros (HARZHEIM *et al.*, 2020). Para o pagamento por desempenho, o MS estabeleceu para 2020 sete indicadores a saber: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. De acordo com o Ministério da Saúde, tais indicadores seriam ampliados gradualmente, até alcançar 21 em 2021. E a totalidade dos 21 indicadores abrangerá ações relacionadas à saúde materno-infantil, às condições crônicas, às infecções sexualmente transmissíveis, à saúde mental, às internações sensíveis à APS e à fidelização das pessoas às unidades de saúde (BRASIL, 2019a; HARZHEIM *et al.*, 2020).

A construção de um novo modelo de financiamento da APS envolveu uma equipe de mais de 60 pessoas vinculadas à SAPS, além de profissionais de universidades para apoio técnico. A proposta foi aprovada durante reunião de Comissões Intergestores Tripartite (CIT), que reúne além da pasta, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Contudo, a proposta não chegou ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) (EPSJV/FIOCRUZ, 2019; HARZHEIM *et al.*, 2020). De acordo com a Lei 8.142 de 1990, os Conselhos de Saúde têm caráter deliberativo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (BRASIL, 1990), e, por isso, seria importante o envolvimento do CNS nas discussões e aprovação do Programa Previne Brasil.

De acordo com Harzheim *et al.* (2020), a simulação do impacto do novo financiamento da APS nos municípios brasileiros para o ano de 2020 demonstrou que 1.354 de um total de 5.570 municípios (24%) poderão apresentar perda de receitas no referido ano. E para equilibrar esse cenário, o Ministério da Saúde garantiu às 12 competências de 2020 o valor do melhor PAB (fixo e variável) do ano de 2019. Apesar das estratégias para aprimorar o financiamento da APS, os municípios, especialmente os de pequeno porte, convivem com diversos tipos de dificuldades, por não contarem com recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo governo federal, o que demanda a necessidade de analisar com maior profundidade uma distribuição mais equitativa dos recursos para o melhor desempenho do sistema de saúde (MENDES; MARQUES, 2014; DAVID; SHIMIZU; DA SILVA, 2015). Cabe ressaltar que, em função da pandemia pelo coronavírus, ficou estabelecido o pagamento por desempenho de 100% para o ano de 2020 (BRASIL, 2020a). De forma a orientar as equipes a melhorar seus indicadores de desempenho, o Ministério da Saúde publicou um documento orientador com sugestões de estratégias (BRASIL, 2020b).

O Programa Previne Brasil definiu como ações estratégicas e prioritárias para repasse financeiro: Programa Saúde na Hora, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, programas de apoio à informatização da APS, equipe de Saúde Bucal (eSB), equipe de Consultório na Rua (eCR), estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentre outros (BRASIL, 2019a).

O Programa Saúde na Hora, instituído por meio da Portaria nº 930/2019, implementa o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), tendo como objetivos a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e do número de pessoas nas ações e nos serviços promovidos nas USF, e a redução do volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. Ressalta-se que o Programa Saúde na Hora fortalece o princípio do acesso da APS, ao incentivar através de repasse financeiro o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em horário ampliado (BRASIL, 2019b).

Dentre as ações estratégicas do Previne Brasil não foram incluídas as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Em uma análise documental sobre a legislação da APS, foram encontradas 224 normas jurídicas relacionadas a ações, programas e estratégias que

objetivam induzir mudanças na atenção básica. Os documentos referem-se a 22 políticas de saúde, dentre elas NASF-AB e PMAQ, e outras não contempladas nas ações estratégicas do Programa Previne Brasil (DOMINGOS *et al.*, 2016).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica tinha como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Primária, com garantia de um padrão de qualidade comparável em âmbito nacional, regional e local, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2015).

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica são equipes multiprofissionais, que atuam de forma integrada e apoiam os profissionais da Atenção Primária à Saúde, compartilhando práticas e saberes em saúde de forma a auxiliar as equipes no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários e agregar práticas que ampliam o escopo de ofertas da APS. A possibilidade de inexistência dessas equipes desconstrói a lógica de apoio matricial, que é ancorada não só na dimensão clínico-assistencial, voltada para atendimentos, mas também no técnico-pedagógico, que se refere a ações de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014). No Programa Previne Brasil percebe-se uma priorização da assistência médica, de enfermagem e de saúde bucal em detrimento de outras categorias multiprofissionais. Contudo, desde os anos 1970, se discute internacionalmente que a organização da atenção à saúde baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista fragmenta a assistência e traz pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população (CASTRO; MACHADO, 2010).

METODOLOGIA

Este artigo consiste no relato de experiência da participação e condução de um fórum de discussão ocorrido no mês de julho de 2020 entre discentes da pós graduação *stricto sensu* em Gestão de Serviços de Saúde (GSS) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O debate foi proposto pela docente da disciplina de Fundamentos da Gestão de Serviços de Saúde do referido curso, em que cada grupo de trabalho composto por seis alunos deveria mediar as discussões sobre uma temática do campo da GSS, tendo sido escolhido pelos autores o tema do “novo financiamento da APS”. Essa escolha ocorreu em função da proximidade dos autores com o trabalho da APS, de ser um tema recente, em que os gestores municipais ainda estão se preparando para as mudanças e para o cumprimento dos indicadores, e por estar inserido na proposta de estudos da disciplina. O fórum de discussão é uma ferramenta disponibilizada na plataforma *Moodle* do site “Minha UFMG Virtual” e é utilizada por discentes e docentes para um debate *online* por escrito de assunto referente a algo trabalhado nas disciplinas. No fórum de discussão, o grupo propôs seis tópicos de discussão com perguntas norteadoras, sendo:

1 - No novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), parte do repasse financeiro do Ministério da Saúde aos municípios está vinculado ao cadastro da população na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). Assim, questionamos: como garantir a universalidade do acesso diante da vinculação de repasse à obrigatoriedade do cadastro? E ainda, o cadastro das populações vulneráveis implicará em maior número de atendimento a essas populações e o atendimento conforme a necessidade de cuidado?

2 - Através da Portaria Ministerial nº 2.979 de 2019, as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) deixam de receber incentivo financeiro por não terem sido contempladas dentre as ações estratégicas do Programa Previne Brasil. Assim, como os municípios poderão manter a lógica de apoio matricial do NASF-AB diante da não obrigatoriedade de existência dessas equipes?

3- O Programa Previne Brasil, no pagamento por desempenho, considera indicadores quantitativos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ) que avaliava ações e atividades de forma também qualitativa foi extinto. Com a extinção do PMAQ, como você acredita que ficará a avaliação dos serviços?

4 - A integralidade e longitudinalidade do cuidado, prevenção e promoção à saúde, vigilância epidemiológica e sanitária são características fundamentais da APS. Como você avalia que o novo financiamento impacta (positiva ou negativamente) nos pressupostos da APS?

5 - De acordo com o artigo de Harzheim *et al.* (2020), em uma simulação dos resultados que os municípios poderiam alcançar com o novo modelo de financiamento, percebeu-se que 24% poderão apresentar perda de receitas. Como alguns municípios poderão superar o desafio da perda de recursos? Quais estratégias poderão ser adotadas?

6 - Desde a criação do SUS, diversas mudanças no financiamento ocorreram, de forma gradual e contínua, mas a existência de um valor per capita fixo para o custeio de procedimentos de Atenção Básica (Piso da Atenção Básica fixo), diferenciado por região geográfica, foi importante no planejamento das ações e manutenção dos serviços realizados pela APS. Como você acredita que será possível planejar a política pública de saúde voltada para a APS sem a certeza de um recurso federal constante, em um cenário de crise econômica?

Com o intuito de embasar a discussão e introduzir a temática foram compartilhadas mídias digitais como apresentação em *powerpoint* elaborada pelos autores sobre a gestão do SUS, histórico do financiamento da saúde pública, as mudanças do financiamento da APS ao longo do tempo, o Programa Previne Brasil e seus indicadores, bem como os desafios do financiamento do SUS. Também foi disponibilizado vídeo do Youtube do "Canal Saúde Oficial" de 2018 sobre a mudança do modelo de financiamento do SUS para blocos de custeio e investimento e suas repercussões, reportagem da EPSJV/FIOCRUZ (2019) a respeito do novo modelo de financiamento da APS, de 2019, e artigo científico de Erno Harzheim (HARZHEIM *et al.*, 2020), ex-secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, e colaboradores intitulado "Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil", de 2020.

O fórum teve a participação de 21 alunos, além de 2 professores da disciplina e dos 6 discentes membros do grupo, como moderadores da discussão, e recebeu 105 comentários, incluindo aqueles de mediação dos autores e dos professores. Para a construção deste relato de experiência foram elencados documentos norteadores sobre o financiamento do SUS e mais especificamente da Atenção Primária, as mudanças do financiamento da APS e gestão desse nível de atenção. Também foi utilizado o material escrito no fórum de discussão para apresentar as percepções e sugestões dos discentes a respeito do novo financiamento da APS. Do ponto de vista ético, foi garantido o anonimato dos participantes e não foram publicizadas suas respostas e comentários.

RESULTADOS

Universalidade do acesso e cadastro

No debate ocorrido no fórum foi pontuado que o cadastro da população é importante para que os gestores e as equipes da Atenção Primária conheçam os usuários de seu território, mas o fato de cadastrar não significa que o serviço chegará ao real conhecimento dos usuários para a prestação da assistência adequada, e, por isso, é necessário refletir sobre a forma de operacionalização do cadastramento.

Para alguns, a obrigatoriedade do cadastro é coerente com a garantia da universalidade do acesso, já para outros, o cadastro não garante maior acesso aos serviços de saúde e por isso questionam o Programa Previne Brasil quanto à universalidade, ao restringir o financiamento à população cadastrada pelos municípios e não ao total da população.

Foi reconhecido que o incentivo ao conhecimento quantitativo da população por meio da vinculação de parte dos recursos ao número de pessoas cadastradas é uma iniciativa válida, ao permitir

maior apropriação pelos profissionais das UBS sobre as características dos territórios e de sua população. É papel da APS cadastrar e conhecer a população adscrita, mas foi pontuado que essa vinculação do cadastro ao custeio pode até dificultar o acesso, à medida que, caso não haja um empenho no cadastramento da população, os municípios poderão receber menos recursos e não conseguirão prestar a assistência adequada à saúde.

Discutiu-se que o Agente Comunitário de Saúde tem papel essencial no cadastro, mas a contrariedade entre as políticas pode ser percebida nessa questão. Enquanto o Previn Brasil vincula o recebimento de repasse financeiro à população cadastrada, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz a recomendação de cobertura por ACS de 100% da população em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social (BRASIL, 2017c), não enfatizando isso para toda a população, o que pode dificultar o cadastro de todos os usuários.

Em relação à população vulnerável, foi analisado que a necessidade de cadastrá-la pode ser uma medida importante para dar visibilidade aos excluídos e oportunidade de prestar assistência à saúde, apesar de não garantir a universalidade do cuidado. Por outro lado, essas populações podem passar a ser ainda mais marginalizadas e excluídas das ações de saúde, já que o cadastro exige dados pessoais às vezes desconhecidos.

De acordo com a opinião dos participantes, a vinculação entre cadastro e repasse pode gerar efeitos positivos, mas também pode trazer muitas perdas para a APS. Tendo em vista que parte do custeio da APS se dará por meio da captação ponderada, que, dentre outros aspectos, considera a população cadastrada, os gestores municipais deverão implementar estratégias para garantir maior cobertura no cadastro da população do território. Dessa forma, eles possivelmente estarão mais comprometidos em realizar esse cadastramento, que pode ser o passo inicial para conhecer os usuários e suas necessidades de saúde. Para de fato fazer um diagnóstico situacional, uma boa territorialização, conhecer a população para quem o serviço de saúde é prestado e assim planejar ações de saúde que melhorem a qualidade da assistência e a saúde da população, é necessário o cadastro atualizado de todos os usuários que ali residem. Contudo, foi pontuado também que os sistemas de informação, a disponibilidade (ou indisponibilidade) de internet e a precariedade estrutural de alguns locais, considerando as múltiplas realidades brasileiras, tornam o registro um desafio, que não pode ser desconsiderado.

Enfatizou-se que, além do cadastro, os gestores municipais deverão pensar em estratégias para aumentar o vínculo com a população e qualificar a oferta de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários.

Impactos positivos e negativos nos pressupostos da APS

O Programa Previn Brasil pode impactar no modelo de atenção à saúde que orienta as ações e estratégias no SUS atualmente. Foi discutido que o Programa tem como aspectos positivos a implantação do Saúde na Hora, o incentivo financeiro para residências médicas e multiprofissionais e a possibilidade de maior resolubilidade. E como aspectos negativos foram destacados a limitação da universalidade, o aumento das desigualdades no repasse financeiro e o desvio do escopo de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Discutiu-se que o incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional contribui para o fortalecimento da Atenção Primária, à medida que os profissionais que passam pelas residências agregam na assistência à saúde e no fortalecimento do modelo da APS. Alguns participantes do fórum avaliaram que essa nova proposta de financiamento, considerando o pagamento por desempenho e o incentivo a ações estratégicas, é interessante. E foi reforçado que a APS deve ser a ordenadora do cuidado e ser resolutive, tendo em vista que sua resolubilidade pode reduzir consideravelmente as internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

O debate destacou que o Previn Brasil parece servir mais a propósitos restritivos do que à qualificação dos serviços, podendo limitar a universalidade do acesso e ampliar as desigualdades no

financiamento para os municípios com realidades tão diferentes. Ressalta-se que o Programa Previne Brasil considera na captação ponderada também a classificação geográfica segundo o IBGE (BRASIL, 2019a) e isso pode refletir em maior equidade no repasse federal.

Algumas pessoas consideraram que os critérios de repasse não são justos e que o Programa não fortalece as equipes de saúde e não propicia a conscientização da população sobre ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, o que impacta na Atenção Secundária e Terciária do sistema de saúde. Os indicadores que seriam avaliados em 2020 e a necessidade de seu cumprimento para recebimento de recursos financeiros podem ampliar a expansão e atuação da Atenção Primária, porém aqueles municípios que apresentarem perda de repasses podem ter a qualidade da Atenção Primária prejudicada, com dificuldade ou até mesmo impossibilidade de oferta de algumas ações e serviços básicos da APS. Dessa forma, foi discutido que o novo tipo de repasse federal pode aumentar o déficit nas receitas dos municípios, comprometendo a qualidade de assistência da Atenção Primária, que pode refletir em aumento da demanda para a assistência de média e alta complexidade, perpetuando o modelo hospitalocêntrico. Possivelmente, aqueles municípios que apresentarem redução da receita terão que priorizar algumas ações e programas, em detrimento de outros importantes e que podem ferir os princípios da APS.

Mudanças em ações estratégicas

No fórum de discussão foi pontuado que o trabalho do NASF-AB é um grande diferencial na APS, ao ampliar sua abrangência e resolubilidade, contribuindo para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação dos usuários, bem como o matriciamento com as outras equipes. Foi ressaltado que a perda de um incentivo específico para essas equipes pode impactar na sua existência, pois o gestor municipal de saúde passa a ter mais autonomia na manutenção ou não destas equipes de apoio, assim como na sua composição, definindo as categorias profissionais, a carga horária e os arranjos necessários. Acredita-se que agora, mais do que nunca, os gestores farão um monitoramento de indicadores e produção e do trabalho das equipes multiprofissionais para a tomada de decisão acerca de sua manutenção, já que com a Portaria nº 2.979/2019 o custeio das equipes será municipal.

No debate, a extinção do PMAQ foi considerada uma grande perda, à medida que o Programa orientava os gestores sobre uma assistência à saúde de qualidade, indicando os caminhos a serem seguidos. Dessa forma, a preocupação é de como a APS será avaliada, tendo em vista que os indicadores do Previne Brasil, para o pagamento por desempenho, são essencialmente quantitativos e o PMAQ também apresentava indicadores qualitativos. Para melhoria da qualidade é muito importante ter critérios claros de avaliação e com a extinção do PMAQ surgem novos desafios para garantir uma avaliação eficiente da APS. Foi reconhecido que indicadores quantitativos são importantes, mas também seria importante a avaliação da qualidade da oferta de serviços, o atendimento integral e humanizado, a escuta qualificada e o vínculo com a população, pois não adianta ter produtividade com baixa qualidade.

Destacou-se na discussão que o controle social é imprescindível para que a alocação de recursos e manutenção de programas e equipes esteja de acordo com os interesses e necessidades reais dos usuários. Assim, os Conselhos Municipais de Saúde têm importante papel no monitoramento da qualidade dos serviços prestados. De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (2018), a Lei Complementar nº 141/2012 determina que o gestor do SUS em cada esfera de governo deve elaborar o relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) e encaminhar ao respectivo Conselho de Saúde, sendo responsabilidade deste a emissão do parecer conclusivo. Dessa forma, foi recomendado no fórum que os Conselhos de Saúde analisem a prestação de contas do ponto de vista quantitativo e qualitativo, com as ações e os serviços ofertados à população.

Planejamento em saúde e perda de recursos

Mudanças são bem-vindas, mas é preciso avaliar com crítica e discernimento os detalhes da proposta. Entender como as alterações na forma de repasse afetarão a realidade de cada município é fundamental para planejar as ações e garantir os princípios do SUS.

Foi discutido que a realidade dos municípios é muito diversa e nem todos terão condições de adequar seus serviços para o cumprimento de indicadores e consequente recebimento do repasse, em função de problemas estruturais e até tecnológicos. E a redução dos recursos federais recebidos pode agravar ainda mais essas diferenças entre os municípios, inclusive na assistência aos usuários. O repasse financeiro federal sem as devidas rubricas e com apenas 2 blocos de financiamento (de custeio e investimento) foi considerado por alguns um grande avanço, por aumentar a autonomia dos municípios, mas também implica em maior responsabilidade e competência técnica por parte dos gestores para uma alocação adequada. Porém, foi pontuado que a alteração das formas de financiamento da Atenção Primária, principalmente com a extinção do PAB fixo, sem garantias mínimas orçamentárias, causa incertezas aos municípios e dificulta o planejamento em saúde, principalmente a médio e longo prazo. Foi ressaltada, ainda, a dificuldade do planejamento e da continuidade de ações estratégicas com as mudanças políticas de governo, que são frequentes.

Foram debatidas algumas estratégias para evitar a potencial perda de recursos, como: busca ativa e aumento do número de cadastros, otimização e melhorias nos processos administrativos e assistenciais, melhoria dos sistemas de informação para que o dado reflita na produção com fidedignidade, além da formação de consórcios intermunicipais.

CONCLUSÃO

O grupo concluiu que a discussão realizada acerca do novo financiamento da APS foi rica, com posicionamentos diversos, e proporcionou ampla aprendizagem. Por se tratar de um assunto novo, algumas perguntas não foram respondidas na íntegra, mas auxiliaram na discussão da temática.

Foi apontado que a APS deve conhecer sua população adscrita e, nesse processo, o cadastro é importante. No entanto, o mero registro sem a análise dos dados não garante a prestação da assistência adequada aos usuários. Os pontos de vista sobre o impacto da obrigatoriedade do cadastramento na garantia da universalidade do acesso, inclusive para populações vulneráveis, foram diversos. Os participantes também destacaram que os gestores deverão pensar em estratégias para aumentar o vínculo com a população e qualificar a oferta de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários, para além do cadastro.

Em relação aos impactos nos pressupostos da APS, verificou-se por meio das discussões que o Programa Previne Brasil tem aspectos positivos e negativos. Alguns membros do fórum avaliaram que o pagamento por desempenho e o incentivo financeiro a estratégias podem aumentar a resolubilidade da Atenção Primária. Outros consideraram que o Programa não qualifica os serviços e pode aumentar as desigualdades no financiamento para os municípios com realidades tão diferentes, trazendo prejuízos às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. A ampliação da autonomia dos gestores locais é um dos principais benefícios apontados pelos apoiadores do Programa Previne Brasil.

A não inclusão do NASF-AB e do PMAQ dentre as ações estratégicas do novo financiamento foi considerada um dificultador no processo de fortalecimento da APS. A falta de recurso federal para as equipes NASF-AB pode acarretar em sua extinção em alguns municípios, que trabalharão com um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, o qual já foi verificado que traz pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Foi reconhecido que indicadores quantitativos são importantes, assim como a avaliação da qualidade da oferta de serviços que o PMAQ realizava. Dessa forma, sugere-se que os gestores mantenham as equipes multiprofissionais trabalhando na lógica do NASF-AB e com monitoramento dessas equipes, e que para além dos indicadores estabelecidos no

Programa Previne Brasil, avaliem a qualidade dos serviços e ações prestadas na APS. Nesse contexto, o papel dos Conselhos Municipais de Saúde é fundamental, sendo importante fortalecer as instâncias de controle e regulação do SUS para garantir que a alocação de recursos definida pelos gestores esteja de acordo com a necessidade dos usuários.

Foi debatido que a extinção do PAB fixo causa incertezas aos municípios e dificulta o planejamento em saúde, principalmente a médio e longo prazo, ainda mais em um cenário de subfinanciamento do SUS e de crise econômica. A redução dos recursos federais recebidos por alguns municípios pode prejudicar a assistência aos usuários e não se sabe ainda como esses municípios poderão superar essa perda de recursos. Sugere-se que os gestores se atentem para o documento orientador do Ministério da Saúde para a melhoria dos indicadores de desempenho; que se esforcem para realizar o cadastro da população total, que qualifiquem processos administrativos e assistenciais, melhorem os sistemas de informação e monitorem com frequência os indicadores que serão avaliados, de forma a aumentar a captação de recursos federais e qualidade no cuidado aos usuários.

O financiamento em saúde é sempre um gargalo e ponto importante de discussão por gestores, profissionais de saúde e sociedade em geral. As demandas de assistência em saúde, tratamento, promoção e prevenção são contínuas e crescentes e os recursos finitos e limitados. Desse modo, a análise e conhecimento do processo de construção e evolução de modelos de financiamento ao longo do tempo e da proposta de modelo atual é necessária para subsidiar reflexões sobre possíveis pontos positivos e negativos e para embasar o desenvolvimento de políticas públicas e planejamento em saúde. Gerir sem conhecer o sistema em que se está inserido, a fonte de recursos públicos aplicados e sua forma de alocação é estar limitado e sem possibilidade de avaliação crítica e de movimento no sentido de buscar melhorias e análises sobre os impactos das mudanças. Assim, a discussão desenvolvida através do fórum possibilitou a ampliação do conhecimento e a visão de diferentes olhares sobre o tema em pauta.

O presente artigo pode contribuir para a análise crítica do Programa Previne Brasil, bem como para a organização e estruturação de ações pelos gestores municipais de saúde frente aos desafios impostos pelo Programa. O trabalho limita-se às discussões realizadas por discentes de um programa de pós-graduação *stricto sensu* e estudos futuros sobre o novo modelo de financiamento são necessários para ampliar sua apreciação e consolidação.

REFERÊNCIAS

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. **Financiamento da Saúde:** proposta e avaliação de modelo estimativo do custeio global de hospitais públicos. 2017. p. 80, Tese (Doutorado em Administração) - CEPEAD/UFMG, Belo Horizonte, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no Brasil em 2030:** diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 172. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 930, de 15 de maio de 2019.** Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria n° 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Brasília, 2019b.

Disponível em:

<http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1740, de 10 de julho de 2020**. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria n° 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília, 2020a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2019a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Previne Brasil. **Documento orientador**: como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/resource/file/documento_orientador_indicadores_de_desempenho_2020_10.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume I**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. **Princípios do SUS**. 2017b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **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. Brasília, 1990. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/18142.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.693-705, 2010.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**.

Brasília, 2018. p. 40. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 08 abr. 2021.

DAVID, Grazielle Custódio; SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Everton Nunes da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 232-245, 2015.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; MENDONÇA, Fernanda de Freitas. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. I-13, 2016.

DONABEDIAN, Avedis. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 2003, 240 p.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV/FIOCRUZ. **Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento**. 2019. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>>. Acesso em 08 abr. 2021.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019.

HARZHEIM, Erno; D'AVILA, Otávio Pereira; RIBEIRO, Daniela de Carvalho; RAMOS, Larissa Gabrielle; SILVA, Lariça Emiliano da; SANTOS, Caroline Martins José dos; COSTA, Luís Gustavo Mello; CUNHA, Carlo Roberto Hackmann da; PEDEBOS, Lucas Alexandre. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 224-243, 2018.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MORIMOTO, Tissiani; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 295-300, 2019.

PINTO, Luiz Felipe; MENDONÇA, Claunara Schilling; REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; STELET, Bruno. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019.

REIS, João Gabbardo dos; HARZHEIM, Erno; NACHIF, Maria Cristina Abrão; FREITAS, Juliana Carla de; D'AVILA, Otávio; HAUSER, Lisiane; MARTINS, Caroline; PEDEBOS, Lucas Alexandre; PINTO, Luiz Felipe. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

VIACAVA, Francisco; UGÁ, Maria Alicia Domínguez; PORTO, Silva; LAGUARDIA, Josué; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.