

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOYCE MINAMI

**AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE INDICADORES E DE CAPTAÇÃO DE
RECURSOS FINANCEIROS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO
GRANDE (MS)**

CAMPO GRANDE -MS
2023

JOYCE MINAMI

AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE INDICADORES E DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE (MS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Dr. Alessandro Diogo De Carli.

CAMPO GRANDE-MS
2023

JOYCE MINAMI

AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE INDICADORES E DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE (MS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Dr. Alessandro Diogo de Carli.

Nota/conceito

Mara Lisiane de Moraes dos Santos – UFMS

Rodrigo Dalla Pria – FIOCRUZ/SESAU

AVALIAÇÃO FINAL:

() Aprovação

() Reprovação

À família, pelo carinho e compreensão,
em especial ao meu pai, Carlos Shinji
Minami (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, a qual me ofereceu um Curso de excelência.

Ao meu orientador, pela brilhante orientação e paciência.

À Secretaria de Saúde de Campo Grande-MS (SESAU) pelo fornecimento de dados secundários essenciais, em especial, à coordenadora Glória de Araújo Pereira e ao servidor Ramses de Barros Farias da Coordenadoria da Rede de Atenção Básica (CRAB).

À Coordenação de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ pelo fornecimento de informações imprescindíveis para o presente estudo.

À M.a. Ana Paula Capellari por ter colaborado na execução do projeto e compartilhado sua experiência exitosa.

À M.a. Erika Gomes de Souza e ao Dr. André Ulian Dall Evedove pela parceria durante a elaboração e apresentação desse estudo.

À família, em especial, ao meu esposo Diogo Tsutomu Miyashiro, pelo apoio incondicional.

Aos colegas de turma, sem os quais não teria chegado até aqui.

O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível.

(MAX WEBER)

RESUMO

O Programa Previne Brasil (PPB), atual programa de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) do Ministério da Saúde tem gerado dúvidas, incertezas e controvérsias. O principal receio de gestores municipais, membros do CONASS e CONASSEMS é a possível perda de recursos financeiros da saúde. Neste modelo, o subsídio se dá por meio de quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas, e o incentivo financeiro com base em critério populacional, acrescentado posteriormente. Nesse ínterim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário da Atenção Primária à Saúde (APS). Para fortalecer a ESF, o município de Campo Grande-MS (CG-MS) estabeleceu, desde 2020, uma parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) através do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde (LIAPS). Com a parceria, houve a incorporação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Sendo assim, se faz necessários estudos que avaliem as possíveis consequências da implementação do PPB e do LIAPS, pois a captação de recursos pode variar nas diferentes regiões do território em virtude da heterogeneidade existente e das estratégias municipais adotadas. Ainda não se encontrou um padrão de concentração de ganhos ou perdas nas diferentes regiões do país, portanto, esse estudo comparou a captação de recursos da APS de CG-MS antes e após a implantação do PPB. O objetivo desse estudo foi de verificar o desempenho e o potencial de expansão de captação de recursos de todas as Unidades de Saúde da Família participantes e não participantes do LIAPS em relação ao cumprimento dos Indicadores do PPB. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico, de corte transversal, baseado em dados secundários relativos ao período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 provenientes do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (E-SUS), plataforma do Egestor, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e informações cedidas pela Secretaria de Saúde de Campo Grande-MS (SESAU), utilizado para a conferência dos indicadores. Os dados foram submetidos à análise estatística analítica, através dos testes de qui-quadrado e Exato de Fisher utilizados para analisar as associações entre as variáveis categóricas. O teste de Mann Whitney foi utilizado para comparar as equipes de unidades com e sem LIAPS, quanto aos critérios de capitação ponderada. Todas as análises foram realizadas no programa R,

com nível de significância de 5%. Os resultados revelaram uma tendência de aumento nos repasses de custeio, considerando o período como um todo (2018 a 2022), sugerindo uma possível interferência nos achados devido ao período de transição prolongado em virtude da pandemia de Covid-19. Após a análise, verificou-se que em 2021 foram reduzidas as associações estatísticas significativas entre as unidades de saúde com e sem LIAPS. Mas, em 2022, as unidades LIAPS obtiveram desempenho superior as demais. As porcentagens mais relevantes das unidades LIAPS foram obtidas no critério de pagamento por desempenho referentes aos indicadores 1, 3, 5,6 e 7. Entretanto, o município, entre o período de 2020 e 2021, não alcançou as metas propostas pela pactuação do PPB. Ao analisar a viabilidade da Estratégia Saúde da Família após a implantação do programa de financiamento do Ministério da Saúde, esse estudo se torna relevante, com impacto para a mesma, pois, para que haja aperfeiçoamento contínuo da capacidade de gestão e manutenção dos serviços de saúde é imprescindível analisar os critérios e parâmetros de captação de recursos financeiros da APS. Além disso, foi avaliada uma estratégia de reestruturação das USF do município (o LIAPS), a qual impulsionou o aumento do cumprimento de indicadores do PPB nas unidades implantadas. Isto ocorreu, provavelmente, devido ao fortalecimento dos atributos essenciais e derivados, a utilização de ferramentas de gestão do cuidado, a qualificação das práticas através da educação permanente em saúde e a implementação da carteira de serviço. Ações estas com possibilidades de aplicabilidade imediata nas demais ESF.

Descritores: Inovação à Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Programa Previne Brasil.

ABSTRACT

The Previde Brasil Program (PPB), the current funding program for Primary Health Care (PHC) of the Ministry of Health, has generated doubts, uncertainties and controversies. The main fear of municipal managers, members of CONASS and CONASSEMS is the possible loss of health financial resources. In this model, the subsidy is given through four criteria: weighted capitation, payment for performance, incentive for strategic actions, and financial incentive based on a population criterion, added later. In the meantime, the Family Health Strategy (ESF) is the priority model of Primary Health Care (PHC). To strengthen the ESF, the municipality of Campo Grande-MS (CG-MS) has established, since 2020, a partnership with the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) through the Laboratory of Innovation in Primary Health Care (LIAPS). With the partnership, the Multidisciplinary Residency Programs in Family Health (RMSF) and Residency in Family and Community Medicine (RMFC) were incorporated. Therefore, studies are needed to assess the possible consequences of implementing the PPB and LIAPS, as fundraising may vary in different regions of the territory due to existing heterogeneity and the municipal strategies adopted. A pattern of concentration of gains or losses has not yet been found in the different regions of the country, therefore, this study compared the fundraising of the GC-MS PHC before and after the implementation of the PPB. Verified the performance and potential for expanding fundraising of all Family Health Units participating and not participating in LIAPS in relation to compliance with the PPB Indicators. This is a quantitative, observational, analytical, cross-sectional study, based on secondary data for the period from January 2018 to December 2022 from the Ministry of Health Information System (E-SUS), Eggestor platform, from the National Health Fund (FNS) and information provided by the Campo Grande-MS Health Department (SESAU), used for checking the indicators. Data were submitted to analytical statistical analysis, through chi-square and Fisher's exact tests used to analyze associations between categorical variables. The Mann Whitney test was used to compare the teams of units with and without LIAPS, regarding the weighted capitation criteria. All analyzes were performed using the R program, with a significance level of 5%. The results revealed an upward trend in funding transfers, considering the period as a whole (2018 to 2022), suggesting a possible interference in the findings due to the prolonged transition period due to the Covid-19 pandemic.

After the analysis, it was found that in 2021 the significant statistical associations between health units with and without LIAPS were reduced. But, in 2022, the LIAPS units outperformed the others. The most relevant percentages of the LIAPS units were obtained in the payment-for-performance criterion referring to indicators 1, 3, 5,6 and 7. However, the municipality, between the period of 2020 and 2021, did not reach the goals proposed by the PPB agreement. When analyzing the viability of the Family Health Strategy after the implementation of the Ministry of Health's financing program, this study became relevant with an impact on it, because, in order for there to be continuous improvement in the management capacity and maintenance of health services, it is essential to analyze the criteria and parameters capitation of financial resources of the APS. In addition, a strategy for restructuring the USF in the municipality, the LIAPS, was evaluated, which boosted the increase in compliance with PPB indicators in the implanted units, probably due to the strengthening of essential and derivative attributes, the use of management tools of care, the qualification of practices through permanent health education and the implementation of the service portfolio. Actions with possibilities of immediate applicability in the other ESF.

Descriptors: Innovation in Primary Health Care; Family Health Strategy; Prevent Brazil Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Descrição das zonas consideradas em um gráfico de controle.	40
Gráfico 2 - Gráfico de controle dos repasses de recursos financeiros (custeio) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE.	46
Gráfico 3 - Gráfico de controle dos repasses de recursos financeiros (investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE (incluindo o repasse de R\$15.023.465,15 que ocorreu em Novembro de 2021).	47
Gráfico 4 - Gráfico de controle dos repasses de recursos financeiros (investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE (excluindo o repasse de R\$15.023.465,15 que ocorreu em Novembro de 2021).	48
Gráfico 5 - Total de repasses de recursos financeiros (custeio e investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE	50
Gráfico 5 B - Total de repasses de recursos financeiros (custeio e investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Repasses mensais de recursos financeiros para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS), de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE.	45
Tabela 2 - Repasses anuais de recursos financeiros para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE.	48
Tabela 3 - Classificação de cada indicador ISF (satisfatório ou insatisfatório) das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022	50
Tabela 4 - Classificação do ISF final (satisfatório ou insatisfatório) das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022.	55
Tabela 5 - Critério de capitação ponderada das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022.	56
Tabela 6 - Critérios de ações estratégicas das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022.	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CF/88 - Constituição Federal de 1988
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRAB – Coordenação da Rede de Atenção Básica
EABP - Equipe de Atenção Básica Prisional
EAP - Equipe de Atenção Primária
EC - Emenda Constitucional
ECR - Consultório na Rua
ESB - Equipes de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESFR - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
E-SUS - Sistema de Informação do Ministério da Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FNS - Fundo Nacional de Saúde
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
ISF - Indicador Sintético Final
LIAPS - Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde
LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária
NASF - Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NHS - National Health Service (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido)
NOB - Normas Operacionais Básicas
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PPB - Programa Previne Brasil

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SESAU - Secretaria de Saúde de Campo Grande-MS

SNS - Sistema Nacional de Saúde de Cuba

SUS - Sistema Único de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial

UOM - Unidade Odontológica Móvel

USF - Unidades de Saúde da Família

VS - Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Modelos de sistema de saúde	19
2.1.1	<u>Modelos de sistema de saúde no mundo</u>	19
2.1.2	<u>Sistema de saúde nacional</u>	21
2.1.3	<u>Atenção primária municipal</u>	22
2.1.3.1	Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde.....	23
2.2	Financiamento no Brasil	23
2.2.1	<u>Modelo de financiamento por PAB Fixo e Variável</u>	29
2.2.2	<u>Programa Previnde Brasil</u>	30
2.2.2.1	Capitação ponderada.....	30
2.2.2.2	Pagamento por desempenho.....	32
2.2.2.3	Incentivo para ações estratégicas.....	35
2.2.2.4	Incentivo financeiro com base em critério populacional.....	36
2.3	Sistemas e painéis relevantes para a análise	36
2.3.1	<u>Fundo Nacional de Saúde</u>	37
2.3.2	<u>E-GESTOR</u>	37
2.3.3	<u>ESUS</u>	38
2.4	Análise / comparativos	38
3	OBJETIVOS	41
3.1	Objetivo geral	41
3.2	Objetivos específicos	41
4	METODOLOGIA	42
4.1	Tipo, local, período e contexto do estudo	42
4.2	Considerações éticas	42
4.3	Coleta e organização de dados	43
4.4	Análise dos dados	44
5	RESULTADOS	46
6	DISCUSSÃO	64
7	CONCLUSÕES	72
8	RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	73

REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA SESAU.....	83
ANEXO B – TERMO DE PARCERIA PARA A PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE.....	84
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS.....	85
ANEXO D - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	86
ANEXO E - TERMO DE JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DO TCLE.....	87
APÊNDICE A – LISTA DOS 7 INDICADORES DO PROGRAMA PREVINE BRASIL.....	88

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2020). Entretanto, mesmo com resultados positivos alcançados ao longo das últimas décadas, esta ainda tem desafios a superar. Entre estes, podem ser citados a falta de profissionais qualificados específicos para atuação na APS e a carência de uma política de financiamento governamental robusta (PORTELA, 2017; MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018),

O Programa Previne Brasil (PPB) foi implantado visando à estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e a equipe. Neste modelo, o financiamento de custeio se dá por meio de quatro maneiras: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019c), e o incentivo financeiro com base em critério populacional, acrescentado posteriormente (BRASIL, 2021c)

Os indicadores para o pagamento por desempenho, no âmbito do PPB foram estabelecidos na Portaria 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019, sendo relacionados à saúde da mulher, saúde da criança, pré-natal e condições crônicas (BRASIL, 2019a).

A partir de setembro de 2020, os municípios deveriam informar a respeito do cumprimento desses indicadores ao Ministério da Saúde, quadrimestralmente, para receberem os recursos financeiros (SÃO PAULO, 2020). Devido à reorganização da APS, imposta pelo enfrentamento da pandemia da COVID-19 (SILVA *et al.*, 2021; SILVA, *et al.*, 2022), a Portaria GM/MS nº 985, 17 de maio de 2021 prorrogou a competência financeira para agosto de 2021, prevalecendo as regras para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da APS do modelo anterior ao PPB (BRASIL, 2021b; HARZHEIM *et al.*, 2022). Posteriormente, a Portaria nº102, de 20 de janeiro de 2022 instituiu novos prazos o cumprimento dos indicadores, finalizando em dezembro de 2022 (BRASIL, 2022).

O modelo de financiamento PPB, inicialmente, sofreu críticas de conselhos estaduais, gestores municipais e do Conselho Nacional de Saúde, devido ao caráter privatizante, mercadológico e seletivo (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Foi defendido por possibilitar a expansão da captação financeira, ou seja, um aumento

real no repasse financeiro desde que cumpridos os requisitos presentes na portaria que o instituiu (HARZHEIM, 2020).

Nesse período, em Campo Grande – MS, sob consultoria da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), implantou-se o Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde (LIAPS). A finalidade deste projeto foi reestruturar a ESF do município, inserir novas práticas no processo de trabalho e qualificar os profissionais, em conformidade com a integração APS e Vigilância em Saúde (VS). Este projeto objetiva aumentar taxa de resolutividade do serviço de saúde ofertado pela APS, melhorar os indicadores, otimizar o financiamento, sustentabilidade, transparência, cumprimento dos atributos e fortalecimento da APS (RANZI *et al.*, 2021).

Como o financiamento é considerado um ponto crítico em relação à sustentabilidade da APS e do próprio SUS (MELO *et al.*, 2019) faz-se necessário avaliar se há diferenças na captação de recursos no âmbito da APS nesta capital, contextualizando-se o período que antecedeu o Previne Brasil e o atual, assim como a implantação do LIAPS. Isto é crucial, pois a manutenção e expansão das ESF depende da captação de recursos financeiros, sendo, atualmente, vinculada ao cumprimento dos indicadores do PPB.

Como hipótese de estudo, ao estimular o cumprimento dos atributos da APS e reorganizar o modo de cuidado, esperou-se que as USF participantes do LIAPS captem mais recursos e atinjam o cumprimento de metas/indicadores de forma diferenciada. O objetivo desse estudo foi de avaliar a captação financeira das equipes de ESF com e sem LIAPS e seu respectivo potencial de expansão em relação ao PPB.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Modelos de Sistema de Saúde

As ofertas de uma saúde pública eficiente, humanizada e resolutive dependem, principalmente, de financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos. Ressalta-se que os recursos financeiros destinados à saúde no Brasil, embora não sejam ideais, não diferem de países que desfrutam de melhores atendimentos a sua população do que aquela que hoje, em média, é propiciada aos brasileiros (SALDIVA; VERAS, 2018).

O financiamento descentralizado do SUS, aliado à falta de conhecimentos político-econômicos de muitos gestores locais, fazem com que os recursos nem sempre sejam alocados de maneira adequada (NICOLETTI; FARIA, 2017). Entretanto, esse presente trabalho se limitará a comparar o Programa Previne Brasil com o seu anterior sob a ótica da captação financeira efetivamente recebida, deixando para uma outra oportunidade avaliar a gestão dos recursos obtidos.

O modelo de financiamento Previne Brasil foi inspirado em modelos internacionais (MELO *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2022). Abaixo foram descritos sistemas de saúde no mundo, possibilitando comparações e enfatizando seus respectivos modelos de financiamentos. Entre os modelos selecionados encontra-se o modelo inglês, principal referência para o atual modelo de financiamento do Ministério da Saúde (MASSUDA, 2020).

2.1.1 Modelos de Sistema de Saúde no Mundo

O sistema de saúde norte americano possui seis programas distintos, sendo três exclusivamente públicos e dois, mistos, e um, excepcionalmente privado. São os sistemas mais utilizados no país que, embora não sejam universais, atendem boa parcela da população. Porém, tem sofrido críticas por ter acesso restrito (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020). Embora, a saúde privada, ser o setor que mais gasta no país, esse investimento não se reflete em melhores resultados de saúde quando comparados com outros países desenvolvidos (MASSUDA, 2020).

Na América Latina, apesar da criação do Serviço Nacional de Saúde do Chile, em 1952, e do sistema de saúde cubano, após a Revolução de 1959, bem como da expansão dos seguros sociais e da assistência médica previdenciária em vários

países, as ditaduras das décadas de 1960 e 1970 priorizaram a privatização da saúde em vez de sistemas de saúde universais de caráter público (PAIM, 2019).

Entretanto, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Cuba permaneceu único, descentralizado, com financiamento totalmente público, sem a participação da iniciativa privada no que se refere à prestação de serviços de saúde. No SNS, existem três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, que estão inter-relacionados conforme a localização territorial e o seu grau de complexidade. A atenção primária constitui a porta de entrada desse sistema (SANTOS; MELO, 2018).

O sistema de saúde britânico é o *National Health Service* (NHS), ou seja, Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido se caracteriza por ser universal, com ampla cobertura, acesso gratuito aos cidadãos e financiada por recursos públicos (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016), os quais, devido à crise europeia de 2009 ficaram cada vez mais escassos. Corroborando para a reforma do modelo de financiamento do NHS de 2012. Após a mudança houve o fechamento de serviços e o acesso restrito, prejudicando a integralidade, a equidade e o direito universal à saúde do sistema inglês (FILIPPON *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2022).

O modelo de financiamento PPB foi inspirado em modelos internacionais (HARZHEIM, 2020). Entre os países que incentivam o pagamento por desempenho pode ser citada a Inglaterra. É válido ressaltar que as experiências internacionais são multiformes e nem sempre adequadas à realidade brasileira (LOPES *et al.*, 2022).

Em uma análise comparativa da atenção básica dos sistemas de saúde brasileiro e britânico constata-se que o SUS e o NHS assumiram decisões diferentes ao longo dos anos a fim de se adaptarem às realidades socioeconômicas, epidemiológicas e contextos históricos que presenciaram. Apesar de possuírem gastos equivalentes, o SUS necessita cobrir uma população quase quatro vezes maior que o NHS inglês. Mas, tanto no SUS quanto no NHS, o financiamento advém do setor público por meio da coleta de impostos da população. Em ambos os sistemas, a participação do setor privado tem aumentado (NICOLETTI; FARIA, 2017).

O Brasil investe a maior parte de seus recursos de saúde no setor privado. Originariamente, esta distribuição de recursos deveria ser complementar no atendimento à saúde (BRASIL, 1988; MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020). As instituições privadas de saúde apresentam níveis de excelência excepcionais, mas, o acesso ainda se restringe a uma minoria da população

(SALDIVA; VERAS, 2018). Além disso, a participação do setor privado não é suficiente para desafogar o SUS (NICOLETTI; FARIA, 2017)

Os cuidados da APS são a base da cobertura universal da saúde. No entanto, principalmente, nos países de média e baixa renda a mesma tem sido subfinanciada globalmente, favorecendo a desigualdades na saúde. Esta deveria receber mais investimentos financeiros e de gestão de conhecimento (BINAGWAHO; GHEBREYESUS, 2019).

A implantação da APS nos diferentes países foi condicionada por modelos de organização desse nível de atenção e sua inserção nos sistemas nacionais de saúde e de políticas locais. Os países que centralizaram seus recursos no cuidado hospitalar, perderam oportunidades de uma efetiva atuação da APS. A prestação de serviços de saúde acessíveis, oportunos e de qualidade e a gestão eficiente dos gastos públicos estão associadas ao aumento da destinação de recursos públicos para a Atenção Primária à Saúde (MASSUDA, 2020).

Os efeitos dos custos de saúde e a utilização da prestação de Atenção Primária, encontram evidências robustas que as políticas financeiras de incentivo a prática de atenção primária, baseada no trabalho em equipe, reduziram os custos e a utilização dos serviços ambulatoriais. Quanto maiores os gastos em Atenção Primária, menores os gastos em serviços ambulatoriais (CORTES; COELHO; SANABRIA, 2019).

2.1.2 Sistema de Saúde Nacional

A Atenção Básica é a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a PNAB de 2017. Ela é composta por atributos que visam garantir aos usuários uma assistência de saúde resolutiva e de qualidade (BRASIL, 2017a).

A Atenção Básica passou a ser denominada de Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. São atributos derivados a orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Para tanto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorganização da APS, composta por equipes que realizam acompanhamento integral e

multiprofissional dos usuários. Tendo conquistado diversos resultados positivos (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; PINTO; GIOVANELLA, 2018; MALTA *et al.*, 2016).

Os principais desafios e deficiências da ESF no país, tais como a falta de profissionais qualificados específicos para atuação dentro da APS e carência de uma política de financiamento governamental robusta (PORTELA, 2017; MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Este modelo possui desafios a serem considerados para a sua continuidade. Entre eles estão a desigualdade social, a baixa resolutividade dos serviços e o subfinanciamento crônico da saúde (FUNCIA, 2019; GEREMIA, 2020; LOPES *et al.*, 2022).

2.1.3 Atenção Primária Municipal

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município de Campo Grande em 1999 (CAMPOS, 2010). A cobertura da Atenção Primária do município é de 74, 73%, possui 63 Unidades de Saúde da Família (USF), com total de 195 equipes de Saúde da Família conforme relatórios de março de 2023 da plataforma E-GESTOR do Ministério da Saúde (E-GESTOR, 2023).

Entre os inúmeros desafios e deficiências enfrentadas pela APS do município de Campo Grande-MS, observa-se, principalmente, a falta de resolutividade no atendimento, pouca qualificação e capacitação profissional dos colaboradores da ESF, necessidade da formação de trabalhadores, de forma interdisciplinar, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do SUS, a cobertura ainda precária da população atendida, bem como a falta de financiamento robusto e o alcance de indicadores de qualidade no atendimento (LOPES, 2019).

A gestão da saúde no município de Campo Grande-MS é feita através da divisão de seu território em 7 (sete) distritos sanitários: Central, Lagoa, Anhanduizinho, Bandeira, Imbirussu, Prosa e Segredo (SAUER; CAMPELO; LEAL CAPILLÉ, 2012).

Os recursos disponibilizados para a Atenção Primária são escassos, sendo necessário que sejam ampliados considerando as desigualdades regionais e as necessidades de cada região sanitária de saúde de Campo Grande/MS (LOPES, 2019). A ESF do município necessita corrigir os problemas identificados evitando a

replicação de unidades de saúde com carência de implementações e desconformidades dos atributos da APS (CAMPOS, 2010).

Visando a reestruturação da APS do município foi implantado o Laboratório de Atenção Primária à Saúde (LIAPS). Sob consultoria da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), este projeto tem como finalidades capacitar os profissionais a longo prazo, através da formação de residentes em Medicina da Família e Comunidade e Multiprofissionais em Saúde da Família; respeitar os atributos essenciais e derivados da APS; reorganizar ações e estratégias de serviços ofertados pela APS; e ampliar e qualificar os indicadores existentes. Ao total, nove Unidades de Saúde da Família (USF) do município foram beneficiadas (RANZI *et al.*, 2021).

2.1.3.1 Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde

A necessidade de inovar as equipes da APS, a partir de ações de fortalecimento da gestão, monitoramento, capacitações e reorganização de serviços nas USF e as Redes de Atenção à Saúde buscando uma APS FORTE não está restrita a Campo Grande- MS. Um projeto envolvendo mudança do processo de trabalho foi implantado no estado do Amapá. Através dele foi possível obter avanços nos resultados do PPB (DO CARMO *et al.*, 2022).

Outros Estados do país também possuem LIAPS. Entre eles podem ser citados: Paraná, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, entre outros. O Laboratório de Inovação é uma ferramenta de gestão do conhecimento que sistematiza e compartilha experiências exitosas em boas práticas baseadas em evidências, uma estratégia de cooperação utilizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) no Brasil em busca de melhorias de desempenho das instituições. É apropriado investir no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família visando à qualificação da atenção à saúde (TASCA *et al.*, 2021).

A implementação do Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (INOVAAPS) no município de Campo Grande-MS iniciou após a assinatura do Termo de Cooperação Técnica entre a SESAU de Campo Grande-MS e o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Com o objetivo de apoiar o SUS desse município no desenvolvimento de ações estratégicas nas áreas da APS e Vigilância em Saúde. Houve mudança do processo de trabalho amparado através da

educação permanente, aplicação efetiva dos atributos da APS e prestação de contas (Accountability) (RANZI *et al.*, 2021).

2.2 Financiamento em Saúde no Brasil

A constituição de 1988 (CF/88) foi uma referência histórica para a saúde pública no país, a partir da mesma, em seu Art. 196, a saúde se tornou um dever do Estado e um direito de todos (BRASIL, 1988). No entanto, não veio acompanhado de sistema para garantir o seu financiamento. Sendo este imprescindível para a expansão e manutenção desse Sistema de Saúde, então desenhado (SALDIVA; VERAS, 2018). Sendo assim, mesmo após a CF/88, a implementação da política de saúde no Brasil foi parcialmente condicionada pelo processo de subfinanciamento crônico do SUS (FUNCIA, 2019), ou seja, houve a alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade, como para equiparação comparativa a outros países que adotam sistemas públicos de saúde similares ao brasileiro (MARQUES; PIOLA; OCKE-REIS, 2016).

Neste contexto, a lei 8080/1990 dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e em seu Título V tratou do financiamento de forma sucinta, mas, incluiu os recursos, a gestão financeira e o planejamento e orçamento (BRASIL, 1990a).

Posteriormente, com a lei 8142/90, a qual, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990b) foi possível definir mecanismos de transferências de recursos financeiros, estabelecendo um marco legislativo para o financiamento da saúde no país (HARZHEIM, 2020).

O financiamento do SUS deve ser tripartite, sendo os recursos financeiros provenientes das esferas Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012)

É válido mencionar as quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas no período de 1991 a 1996, como os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, possibilitou o

financiamento do Sistema Único de Saúde e direcionamento de políticas públicas de saúde (SCATENA; TANAKA, 2001; HARZHEIM *et al.*, 2020)

Visto que as NOBs foram elaboradas pelo poder executivo federal e devido a sua extensão, complexidade e abrangência passaram a se configurarem como instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas para o setor saúde, transcendendo o seu papel regulador (SCATENA; TANAKA, 2001). Os municípios dependentes de recursos necessitavam aderir às NOBs, principalmente, a NOB-96, a qual, instituiu o PAB. Com o estabelecimento do PAB fixo e variável, sendo o fixo com base em valor *per capita* seguindo critérios estabelecidos na Lei 8.080 e o variável relativo a adesão a programas específicos. Entre eles podem ser citados o Programa de Saúde da Família (PSF) ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (HARZHEIM, 2020; MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020; LOPES *et al.*, 2022).

O financiamento da Atenção Primária à Saúde, bem como dos outros níveis de atenção é provido, principalmente, de transferências do Governo Federal para os municípios (FUNCIA, 2019; COELHO, 2020), através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL,1990b; ROSA, 2023).

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios são organizados e transferidos, atualmente, em 2 blocos de financiamento: Custeio e Financiamento. (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2017b; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018)

Através do bloco de custeio são transferidos os recursos financeiros destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde. Ao tempo que no bloco de investimento são transferidos os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos, obras para instalações novas e reformas (BRASIL, 2017b).

A medida que o financiamento passou a ser transferido por apenas dois blocos houve aumento do poder de gerenciamento municipal sobre esse recurso repassado. Essa medida permitiu o manejo dos recursos de forma geral, estabelecendo uma desvinculação financeira (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

O SUS precisa de novas fontes de receita permanentes, estáveis e exclusivas. Considerando a restrita possibilidade dos estados e município aumentarem sua participação no financiamento da saúde e a redução da participação federal, em razão

da redução do piso federal decorrente da Emenda Constitucional (EC) 95 (FUNCIA, 2019).

O retrocesso e o desmonte dos direitos sociais, através dos ataques às políticas públicas constatada através da EC 95, a qual, congela as despesas primárias, entre elas as da saúde, durante vinte anos (NICOLETTI; FARIA, 2017; MELO *et al.*, 2019; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, COSTA; CAMARGO, 2021). Produziram efeitos negativos para o planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, agravando o processo de subfinanciamento do SUS (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; FUNCIA, 2019).

Neste interim, foi estabelecido novo modelo de financiamento da APS por meio do Programa “Previne Brasil”- PPB (BRASIL, 2019b), que estabeleceu mudanças no modelo de financiamento da APS. A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (BRASIL, 2019; COELHO, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2022).

O PPB tem sido objeto de debates e enfrentamentos. Defensores do programa alegam que o PPB “*é a estratégia mais potente da Reforma da APS do Brasil proposta pelo Ministério da Saúde*” (HARZHEIM, 2020). Em 2020, o PPB possibilitou municípios sem perspectiva de expansão de seu custeio ampliar sua captação financeira. A lei 2979/2019 classificou os municípios beneficiados em dois grupos, durante o período de transição. O primeiro grupo refere-se aqueles municípios com estabilidade ou ganho de recursos financeiros. O segundo grupo abrange municípios com perda financeira. Para estes, foram transferidos o maior valor do PAB dentre as competências financeiras do ano anterior. Houve a possibilidade de ganho real para ambos os grupos (HARZHEIM, 2020; MARTINS; SOUSA, 2023).

Entretanto, críticos do novo modelo tem alegado eficiência irreal (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; COSTA; SILVA; COSTA *et al.*, 2022). Um estudo do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) avaliou o critério de pagamento da capitação ponderada pelos municípios do estado do RJ a partir de dois cenários. No primeiro, considerou o número real de cadastros que os municípios possuíam em 2020, logo após a implantação do Programa Previne Brasil, resultou em uma perda de 37,15% do repasse federal total para esses municípios. O segundo, contemplou um cenário ideal,

simulou 100% dos cadastros realizados, considerando a capacidade instalada e os parâmetros estabelecidos, resultou em um repasse final com prejuízo de 4,68%. Portanto, ainda que os municípios cumprirem o máximo de cadastros possíveis, fato pouco provável, isto seria insuficiente para manter o montante de recursos recebido em 2019 (COSEMS-RJ, 2019). Os opositores desse modelo alegam que o PPB pode ser prejudicial à ESF, pois acreditam que este prioriza o cuidado individual, induz a APS a realizar, preferencialmente, ações que geram repasses financeiros e mesmo assim, podem gerar perdas expressivas de recursos para alguns municípios (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MASSUDA, 2020).

O PPB manteve os incentivos específicos, com ênfase no atendimento clínico individual, em detrimento dos procedimentos coletivos e multiprofissionais no território. Por isso, deixou de financiar equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a saúde indígena (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020).

Com a perda do *status* de estratégias incentivadas pela política federal de financiamento da atenção básica, ficou a critério do município custear o NASF. Como as equipes multiprofissionais não estão correlacionadas diretamente a outros componentes do PPB, pode impactar na redução das mesmas, comprometendo a abrangência, integralidade e resolutividade da APS (CARVALHO et al, 2020; PAULINO et al; 2021; SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023). Os defensores do Previne alegam que houve "flexibilização" do financiamento, permitindo ao município estabelecer a equipe multiprofissional mais adequada de acordo com as necessidades em saúde locais, observou-se um aumento da presença desses profissionais na APS (HARZHEIM et al., 2022). Em portarias posteriores que regulamentam ações estratégicas do Programa Previne, a multiprofissionalidade permaneceu restrita a uma perspectiva exclusivamente clínica, conforme as Portarias nº 2.539 e nº 3510 de 2019. A primeira, possibilita uma equipe de Atenção Primária se constituída apenas pelo médico e pelo enfermeiro. E a segunda, regulamenta e financia os programas de residência médica ou que incluam odontólogos e enfermeiros (MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020). As portarias reforçaram a tendência da PNAB de 2017 de um modelo medicocêntrico, o qual, a presença do odontólogo, auxiliar de saúde bucal, técnico de higiene dental, agente comunitário de saúde, agente de endemias, entre outras categorias profissionais são facultativos (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

No que tange a problemática de falta de profissionais qualificados para atuar na Saúde da Família, estes não são suficientes para oferecer cobertura universal em cada localidade do país. Inicialmente, houve um aumento dos investimentos em APS, porém ainda insuficientes. Somente o fortalecimento da Atenção Primária no país garantirá o cumprimento dos princípios do SUS de acesso universal, atenção integral e equidade na atenção à saúde (STEIN; FERRI, 2017).

A seguir será detalhado o modelo de financiamento instituído pela NOB 01/96 (BRASIL, 1996) e o novo modelo de financiamento instituído pela Portaria nº 2.979/2019 (BRASIL, 2019b).

2.2.1 Modelo de financiamento por PAB fixo E PAB variável

A Norma Operacional Básica de 1996 estabeleceu o Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo), em que os valores a serem transferidos eram definidos pela multiplicação de valor per capita nacional pela população de cada município (BRASIL, 1996).

Foram divididos os municípios em quatro faixas de financiamento, por meio de cálculo que inclui as variáveis: porte populacional, PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. O PAB fixo deveria cobrir a demanda por serviços e a manutenção da estrutura instalada, tais como recursos humanos, equipamentos e unidades de saúde (BRASIL, 1996).

Além do PAB fixo, passaram a compor o financiamento em atenção primária à saúde os incentivos vinculados à adesão e a manutenção de programas definidos em nível federal e, posteriormente, transformados em Piso de Atenção Básica variável (PAB variável). A adesão a políticas/programas do PAB variável pode ser outra fonte de receita, as principais iniciativas estão atreladas à Estratégia Saúde da Família (ESF), agentes comunitários de saúde (ACS), equipes de saúde bucal na ESF (ESB) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) (CASTRO; MACHADO, 2010).

Durante a vigência do modelo de financiamento por PAB fixo e variável, os municípios intensificaram os processos de habilitação, e conseqüentemente, aumentaram as transferências automáticas do fundo nacional para fundos de saúde das esferas subnacionais em substituição à lógica de pagamento por produção de serviços, do gestor federal direto aos prestadores. Entretanto, as NOBs não regularam

a questão sobre as fontes de financiamento do sistema e as relações público-privadas na saúde, variáveis relevantes para a consolidação do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

2.2.2 Previne Brasil

Neste modelo, o financiamento de custeio é através de quatro maneiras: da capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019a) e o incentivo financeiro com base em critério populacional, acrescentado posteriormente (BRASIL, 2021c).

2.2.2.1- Capitação ponderada

A captação ponderada é baseada no quantitativo da população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família ou pelas Equipes de Atenção Primária, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica (BRASIL, 2019b).

As principais vantagens da capitação ponderada são a adstrição de clientela, incentivo aos municípios a identificarem os cidadãos atendidos por meio de cadastros, a responsabilização das equipes da ESF pelas pessoas, o fortalecimento do vínculo com equipes de saúde e a produção de informações pelo registro de pessoas pode ser de grande valia para o reconhecimento do perfil epidemiológico, planejamento da oferta de ações de saúde, adoção de ferramentas de gestão da clínica, como busca-ativa, monitoramento de casos e mensuração de desfechos (MASSUDA, 2020, HARZHEIM *et al.*, 2020).

Além disso, o modelo de capitação deu ao usuário a opção de se vincular ao serviço que desejar, sem a necessidade de obedecer aos critérios geográficos. Caso o usuário for cadastrado por uma eSF, a qual, não é a que efetivamente o atende. A eSF que de fato o atende ficará com o cadastro efetivado junto ao governo federal, mesmo nos casos em que essa efetivação envolva eSF de municípios diferentes. Essa abordagem corrige a distorção provocada pelo modelo de pagamento *per capita* de população total (antigo PAB fixo), o qual, não destinava recursos para onde o paciente era efetivamente atendido (MASSUDA, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2022).

No entanto, esse critério de captação de recursos foi inicialmente criticado pelos conselhos estaduais, gestores municipais e do Conselho Nacional de Saúde, devido ao caráter privatizante, mercadológico e seletivo (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

A vinculação das transferências intergovernamentais à quantidade de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores pode acarretar em perda de recursos para as APS em regiões de grande necessidade. Assim, o financiamento da APS deixou de ser universal e passou a ser restrito à população cadastrada pelos municípios, podendo direcionar os pacientes para outros níveis do sistema, principalmente para as unidades de urgência, ou também estabelecer barreiras para o cadastro de determinados grupos populacionais que precisem de mais cuidados e tratamentos onerosos (MASSUDA, 2020).

São apresentados dados relativos aos efeitos imediatos da adoção da capitação ponderada. Houve o aumento da quantidade de cadastros (DO CARMO *et al.*, 2022; HARZHEIM *et al.*, 2022; BEZERRA *et al.*, 2022; SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023). A pós análise dos dados absolutos de cadastro de 2018 a 2022 nas 14 macrorregiões de Minas Gerais demonstrou aumento contínuo da população cadastrada, aproximando-se ou até ultrapassando a população estimada pelo IBGE (SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023). Resultados semelhantes foram encontrados nos municípios do Amapá no período de 2020 a 2021 (DO CARMO *et al.*, 2022).

Mas, é necessário a qualificação da inserção de informações no e-SUS-PEC, com inclusão de variáveis clínicas fidedignas e mensuráveis, além do controle de duplicatas dos cadastros, exclusão das inconsistências e a inclusão de informações pessoais atualizadas do usuário como endereço e o número do telefone por meio do cruzamento de outras bases de dados federais (DO CARMO *et al.*, 2022; HARZHEIM *et al.*, 2022)

Nordeste brasileiro não apresentou variação crescente no percentual de cadastros individuais em avaliações do terceiro quadrimestre de 2019 e 2020. Sendo assim, é necessário compreender que cada unidade da federação poderá apresentar perdas de receitas e grandes esforços deverão ser realizados a fim de obter o ganho potencial de recursos financeiros para o ano de 2021. Assim, é imprescindível o

acompanhamento dos resultados dos próximos quadrimestres e das estratégias municipais aderidas que possam ter impacto relevante (LOPES *et al.*, 2022).

2.2.2.2- Pagamento por desempenho

O pagamento por desempenho está vinculado aos resultados alcançados pelas Equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária. A proposta do Programa Previner Brasil incluiu 21 indicadores de saúde da população. Eles seriam cumulativos de um ano para o seguinte, ou seja, iniciou em 2020 com 7 indicadores e para os próximos 2 anos subsequentes seriam incorporados, gradualmente, sete novos indicadores (BRASIL, 2019c; SÃO PAULO, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2022,).

Entretanto, devido à reorganização da APS, imposta pelo enfrentamento da pandemia da COVID-19 (SILVA *et al.*, 2021; SILVA, *et al.*, 2022), foram instituídos somente 7 indicadores e entraram em vigor, gradativamente, a partir de agosto de 2021, mas, seu pagamento foi integralmente transferido independente de seu cumprimento (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021a, BRASIL, 2021b; HARZHEIM *et al.*, 2022). O pagamento por desempenho não tem considerado o resultado real obtido (HARZHEIN *et al.*, 2022).

Os indicadores de saúde instituídos foram estabelecidos na Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Esses indicadores são referentes à saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança e condições crônicas, principalmente hipertensão e diabetes (BRASIL, 2019b).

O valor do pagamento por desempenho é calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador. O incentivo financeiro do pagamento por desempenho transferido ao município ou Distrito Federal corresponde ao somatório dos resultados obtidos aglutinados em um Indicador Sintético Final - ISF (BRASIL, 2022b).

Considera-se por indicador sintético final o indicador síntese do desempenho das equipes que variará de 0 (zero) a 10 (dez), sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros, e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador (BRASIL,2022b; BRASIL,2019c).

Os indicadores são: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação, conforme Nota técnica (NT) 13/2022 ((BRASIL, 2022c), proporção de

gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, conforme NT 14/2022 (BRASIL, 2022d), proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, conforme NT 15/2022 (BRASIL, 2022e), proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, conforme NT 16/2022 (BRASIL, 2022f). Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *H. influenzae* tipo b e Poliomielite inativada, conforme NT 22/2022 (BRASIL, 2022h). Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, conforme NT 18/2022 (BRASIL, 2022g). Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, conforme NT 23/2022 (BRASIL, 2022i).

A ponderação dos respectivos pesos, citado anteriormente, está prevista na Portaria nº 3222/2019 (BRASIL, 2019 b; BRASIL, 2021e). Os indicadores 3, 5 e 6 possuem peso 2, ao contrário dos demais (peso 1). Os indicadores são avaliados por quadrimestre (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2021c; BRASIL, 2022b). Em 2021, foi avaliado a quantidade gestante com 6 consultas, sendo a 1ª (primeira) até a 20ª (vigésima) semana de gestação e para 2022 foi avaliado a quantidade gestante com 6 consultas, sendo a 1ª (primeira) até 12ª (décima segunda) semana de gestação. Além disso, em 2021 a meta era 60% das gestantes e em 2022 a meta reduziu para 45%. Nota técnica 13/2022 atualizou a Nota Técnica nº 1/2020 (BRASIL, 2022c). O Pré-Natal realizado precoce evita complicações durante a gravidez (SANTOS, *et. al.*, 2023).

A Pandemia de COVID-19 impactou na oferta de atendimento odontológico pelo Sistema Único de Saúde. Houve uma redução na oferta de atendimento odontológico em todas as categorias durante a pandemia (CUNHA *et al*, 2021) e falta de equiparação entre ESF e ESB (LUCENA *et al.*, 2017) pode ter refletido no cumprimento do indicador 3.

Acima foram elencados os 7 indicadores de desempenho, os quais, tem sido alvo de diversas considerações, os mesmos assumem um enfoque individualista enfraquecendo a perspectiva do território, do trabalho comunitário, do cuidado integral e multidisciplinar (MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020).

O pagamento por produção se torna incerto devido aos valores defasados da tabela do SUS (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Além disso, os municípios, entre o período de 2020 e 2021, não alcançaram as metas propostas pela pactuação do PPB (COSTA; SILVA; COSTA *et. al.*, 2022). Os indicadores 5, 6 e 7 foram impactados pelo cenário político, e possivelmente, pelas readequações do processo de trabalho

durante a pandemia (FLEURY; FAVA, 2022; SILVA *et al.*, 2021; COSTA; CAMARGO, 2021; SILVA, *et al.*, 2022; ARAGÃO *et al.*, 2023, LINARD *et al.*, 2023).

É válido ressaltar que ao condicionar o financiamento ao cumprimento de indicadores, pode incentivar os municípios a concentrarem apenas no cumprimento dos mesmos, repercutindo na alteração do escopo de trabalho das equipes, ou seja, desestimulando as equipes a cuidarem de problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação. Sendo assim, os indicadores deveriam avaliar a qualidade do serviço em detrimento, apenas da quantidade de procedimento realizados (MASSUDA, 2020).

Os defensores do novo financiamento alegam que devido a Pandemia de COVID-19 não foram possíveis incluir indicadores globais de qualidade, mas, entre os demais indicadores estariam incluídos o net promoter score, os escores do PCATool-Brasil35 e os escores do PDRQ9 (HARZHEIM *et al.*, 2022).

Em uma análise sistemática comparativa entre os instrumentos de avaliação da APS PMAQ e PCATool PMAQ os autores concluíram que o primeiro é mais extenso e de difícil aplicação, e o segundo mais sintetizado, claro e aplicável. Porém, sugere que sejam feitos novos estudos, de forma sistematizada, que acompanhem as mudanças e suas repercussões (FIGUEREDO *et al.*, 2022).

2.2.2.3 Incentivo para ações estratégicas

Uma outra forma de captar recursos com o PPB é a adesão as ações estratégicas. São ações estratégicas: Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal (eSB), Unidade Odontológica, Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Consultório na Rua (eCR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Primária (eAP), Programa Saúde na Escola (PSE), Polo de Academia da Saúde, Informatização de equipe, Custeio aos municípios com Residência Médica e Multiprofissional. (PORTARIA 2979/2019; HARZHEIM *et al.*, 2020)

Com exceção dos programas Saúde na Hora, Informatiza APS e Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem

na Saúde da Família, as demais ações estratégicas já eram componentes contidos no antigo PAB variável (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

O programa Saúde na Hora objetivou financiar equipes com horário de funcionamento estendido, ou seja, unidades com atendimento com 60h ou 75h (PORTARIA 930/2019)

O ministério implantou Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde, também chamado de “Informatiza APS” (PORTARIA 2983/2019). O objetivo do Informatiza APS melhorar a integração entre a assistência e a vigilância, conseqüentemente, o cuidado individual. Além disso, o apoio a informatização padronizou o envio de informações através do sistema de informação e-SUS PEC (HARZHEIM *et al.*, 2022).

A informatização das unidades de saúde e capacitação dos profissionais para utilização das tecnologias duras possibilitou a realização dos cadastros (LOPES *et al.*, 2022), conseqüentemente, corroborando para a captação ponderada.

Por fim, o incentivo à formação qualificada através de repasse financeiro para os municípios que tenham profissionais de medicina, enfermagem ou odontologia realizando residência profissional em equipes de Saúde da Família ou equipes de saúde bucal (BRASIL, 2019e) fomentou melhoria da APS (HARZHEIM *et al.*, 2022). Embora, essa portaria gere controvérsias devido ao cuidado multiprofissional contemplar apenas duas categorias profissionais, comprovando mais uma vez, a valorização do cuidado assistencial individual (MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

2.2.2.4 Incentivo financeiro com base em critério populacional

Esse último critério de pagamento do novo modelo de financiamento Previne Brasil foi adicionado posteriormente e tem como protagonistas os gestores municipais de saúde dos 5.570 municípios brasileiros, que com apoio do CONASEMS e CONASS participaram ativamente da construção do Previne Brasil e de sua implantação exitosa. Tornaram o modelo final adequado à realidade do SUS (HARZHEIM *et al.*, 2022), principalmente, os membros do COSEMS RJ, SP, do CNS, os quais, desde da implantação do novo modelo de financiamento realizaram estudos dos impactos do

programa para as transferências financeiras intergovernamentais (MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Sendo assim, finalmente em janeiro de 2021, foi adicionado ao Programa Previne Brasil o Incentivo financeiro com base em critério populacional (BRASIL, 2021c)

2.3 Sistemas e painéis relevantes para a análise

Durante este estudo foram consultados plataformas e sistema de informações para extração dos dados. Abaixo foram apresentados as principais plataformas e sistema de informações utilizados.

2.3.1 Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação (Federal, Estadual e Municipal). Na esfera Federal, o Ministério da Saúde administrará os recursos financeiros originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL,1990).

O Fundo Nacional de Saúde (FNS), foi instituído pelo Decreto nº64.867, de 24 de julho de 1969 (BRASIL, 1969), reorganizado pelo Decreto nº806, de 24 de abril de 1993 (BRASIL, 1993), e reestruturado pelo Decreto nº3.774, de 15 de março de 2001 (BRASIL,2001).

Os recursos alocados no FNS destinam às transferências estaduais, municipais e do Distrito Federal. As transferências possibilitam a descentralização das ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS (BRASIL, 2001).

Além disso, o Fundos Nacional de Saúde possui um painel o qual pode ser acessado através do site “ <https://portalfns.saude.gov.br>”. Nesse painel constam todas as transferências de recursos financeiros para outras esferas de gestão. São informações de domínio público, instrumentos de gestão, planejamento por parte dos gestores e de controle para facilitar o acompanhamento permanente da utilização destes recursos (BRASIL, 2023).

2.3.2 E-GESTOR

O E-GESTOR AB é uma plataforma que dá acesso aos vários sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde(APS). Além de facilitar o gerenciamento de dados da APS pelos gestores e profissionais da saúde, permite o acesso a informações que podem auxiliar na organização e planejamento dos serviços de saúde. Por meio desta página é possível consultar diversos relatórios públicos, como suspensão de recursos, pagamento das Equipes que atuam na APS, o Histórico de Cobertura, dentre outros (E-GESTOR, 2023)

2.3.3 ESUS

O e-SUS AB é o sistema de informação em saúde utilizado pelas APS, implementado pelo Ministério da Saúde. É uma ferramenta que utiliza um software que possui a Coleta Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2019; SOUZA; BORGES; FERNANDES-SOBRINHO, 2020).

O município de Campo Grande utiliza a versão Esus- PEC para registrar o atendimento individual na unidade ou domiciliares de cada paciente, gerenciar as agendas dos profissionais, organizar a demanda das Unidades e notificar os procedimentos realizados ao Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Entretanto, as atividades educativas ainda permanecem registradas no CDS (E-GESTOR, 2023).

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma ferramenta para readequar o processo de trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2019) e promover a integração dos Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS) da Atenção Primária. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Mas, até o momento, devido à complexidade da integração dos sistemas foi conectada parcialmente (COELHO NETO; ANDREAZZA; CHIORO, 2021). Entretanto, a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

2.4 Análise / comparativos

A avaliação está relacionada à possibilidade de elaboração, reorientação e reafirmação das práticas em saúde no contexto da APS, com vistas à elaboração de um planejamento/programação focados na comunidade e em suas necessidades. Interessante salientar que o processo avaliativo pode ser direcionado, na APS, para os seus atributos essenciais - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação - e derivados - orientação familiar, comunitária e competência cultural (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

O uso de indicadores relacionados aos atributos essenciais favorece a análise da qualidade dos serviços, da eficiência e efetividade das intervenções, enquanto aqueles relacionados aos atributos derivados permitem observar a qualificação das ações produzidas na APS (SÃO PAULO, 2020).

Além disso, a análise sistemática tem se mostrado cada vez mais necessária para um melhor atendimento aos usuários do sistema de saúde. Mensurar as qualidades e deficiências durante o desenvolvimento do projeto proporciona ao gestor avaliar a prestação de serviços. Para embasar a análise, é necessário um referencial teórico. A integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) com a APS viabiliza os recursos financeiros e organiza estruturas técnico administrativas locais (BRASIL, 2018).

A articulação e integração entre a vigilância e outras áreas da atenção à saúde ampliam as ações de Vigilância e Promoção no cotidiano dos serviços, especialmente na APS. Dessa forma, a VS pode ser entendida como uma estratégia que tem foco no cuidado, visando assegurar que ações de promoção da saúde, de prevenção, de controle dos agravos e de atenção aos doentes ocorram segundo os princípios do SUS (ANDRADE *et al.*, 2015).

Analisar o processo de construção da Vigilância em Saúde no Brasil abordando o contexto político, histórico e organizacional deste componente do Sistema Único de Saúde torna-se bastante relevante. Diante disso, concluíram que a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, em 2018, oportunizou a revisão e formulação de proposições voltadas para o fortalecimento da VS, expansão do seu escopo de ações e busca de alternativas adequadas e arrojadas, que garantam o modelo de financiamento do SUS (TEIXEIRA *et al.*, 2018)

A Vigilância em Saúde, articulada com as diferentes áreas do Ministério da Saúde, contribui para alcance de resultados que atendam às necessidades da população, com integralidade da atenção à saúde e intra e intersectorialidade. Ou seja,

a integração APS/VS é um padrão a ser alcançado e, quando seguido, resulta em aumento da resolutividade e eficiência (BRASIL, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a captação de recursos financeiros e do cumprimento de indicadores dos critérios de pagamento do PPB em USF com e sem LIAPS.

3.2 Objetivos específicos

- a.* Comparar a captação de recursos na APS do município de Campo Grande-MS, antes e após a implantação do PPB.
- b.* Verificar o desempenho/produtividade das USF participantes e não participantes do LIAPS do município de Campo Grande-MS em relação ao cumprimento dos Indicadores do PPB.
- c.* Verificar o potencial de expansão da captação de recursos das Unidades avaliadas em relação ao PPB.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo, local, período e contexto do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico, de corte transversal, realizado com dados de todas as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Campo Grande (MS), por meio de informações referentes aos anos de 2018 a 2022. O estudo está reportado de acordo com as diretrizes do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* - STROBE (VON ELM *et al.*, 2008).

Os indicadores das USF do município e o montante de recursos recebidos antes e após o PPB foram analisados considerando-se os marcos da implantação do LIAPS e do PPB. O município possui 63 Unidades de Saúde da Família (USF), com total de 195 equipes de Saúde da Família (eSF) credenciadas, conforme relatórios de março de 2023 da plataforma E-GESTOR do Ministério da Saúde (E-GESTOR, 2023). Foram incluídos dados de todas as USF (n=63), independente de participarem ou não do LIAPS. Foram avaliadas 194 equipes, cujos dados foram fornecidos pela SESAU Campo Grande-MS, com exceção de uma, que se encontrava inativa (SESAU-CG).

O LIAPS, inicialmente, foi implementado em 9 USF, distribuídas por 6 regiões sanitárias de Campo Grande. Na região do Centro não há unidade participante do LIAPS. Este estudo avaliou as unidades LIAPS: USF Jardim Batistão, Oliveira e Coophavila (Região Lagoa); Tiradentes, Moreninhas e Itamaracá (Região Bandeira); Parque do Sol (Região Anhanduizinho; Noroeste (Região Prosa) e Vida Nova (Região Segredo).

4.2 Considerações éticas

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, aprovado sob protocolo nº 5.768.371 (CAAE 63214422.0.0000.0021).

4.3 Coleta e organização de dados

Foram utilizados dados secundários provenientes de informações cedidas pela SESAU-CG, do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (e-SUS), da plataforma

E-GESTOR e do Fundo Nacional de Saúde (FNS), além de informações de domínio público fornecidas pelo IBGE, plataforma do CONASS e do CONASSEMS, Portal Transparência Federal, Estadual e Municipal.

Para realizar o comparativo com o seu antecessor, foram coletadas informações inerentes aos repasses financeiros realizados do Ministério da Saúde para APS registrados no FNS recebidos anteriormente. Assim, avaliou-se os repasses mensais (custeio e investimentos) total para o município no período de 2018 a 2022.

Além disso, foram coletadas informações secundárias sobre o cumprimento dos indicadores do PPB das 63 USF do município, participantes ou não do LIAPS, referentes ao período de 2021 a 2022.

As coletas de dados de cada USF foram realizadas quadrimestralmente pela SESAUCG para controle interno de produtividade de suas unidades, tendo sido fornecidas pela Coordenação da Rede de Atenção Básica (CRAB). As informações coletadas foram armazenadas em formulários. O desempenho de cada USF foi avaliado por equipe, de maneira individual. O valor apresentado no formulário considerou Indicador Sintético Final (ISF), capitação ponderada, ações estratégicas das unidades com e sem LIAPS.

Para estimar o ISF Final, foram utilizadas as metas fornecidas pela SESAUCG. Estas correspondem à média aritmética do ISF Final de todas as unidades de saúde do município. Foram consideradas satisfatórias as unidades de saúde com ISF Final igual ou superior à média. Caso contrário, foram consideradas insatisfatórias.

As metas e os respectivos pesos para cada um dos sete indicadores foram os mesmos utilizados pelo Ministério da Saúde para o repasse do critério do pagamento por desempenho do PPB, conforme a Portaria 3222/2019 (BRASIL, 2019c).

4.4 Análise dos dados

Os dados de recursos financeiros repassados ao município foram analisados, quanto à tendência, entre os anos de 2018 e 2022, por gráficos de controle. Para tanto, inicialmente os valores monetários foram corrigidos pela inflação, utilizando-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo IBGE, sendo ajustados aos valores de 2022, para que pudessem ser comparados.

A seguir, foram estimados os limites de controle inferior (média de recursos menos três desvios padrão) e os limites de controle superior (média de recursos mais

três desvios padrão). Para estudar os padrões nessa série de dados, foram definidas as Zonas A (Zonas de controle), B (zonas de alerta) e C (Zonas centrais). A Zona A compreende um intervalo de 2 a 3 desvios padrão em torno da média, a Zona B compreende um intervalo de 1 a 2 desvios padrão, enquanto a Zona C compreende um intervalo de um desvio padrão em torno da média, conforme ilustrado no Gráfico 1.

Para analisar as variações nos repasses mensais de recursos financeiros, foram considerados os seguintes critérios: pontos fora dos limites de controle, pelo menos 6 pontos consecutivos crescentes ou decrescentes, pelo menos nove pontos consecutivos do mesmo lado da curva (acima ou abaixo da média), dois de três pontos consecutivos em alguma das Zonas A e quatro de cinco pontos consecutivos em alguma das Zonas B ou além (ARANTES, 2003; JONES, 2020).

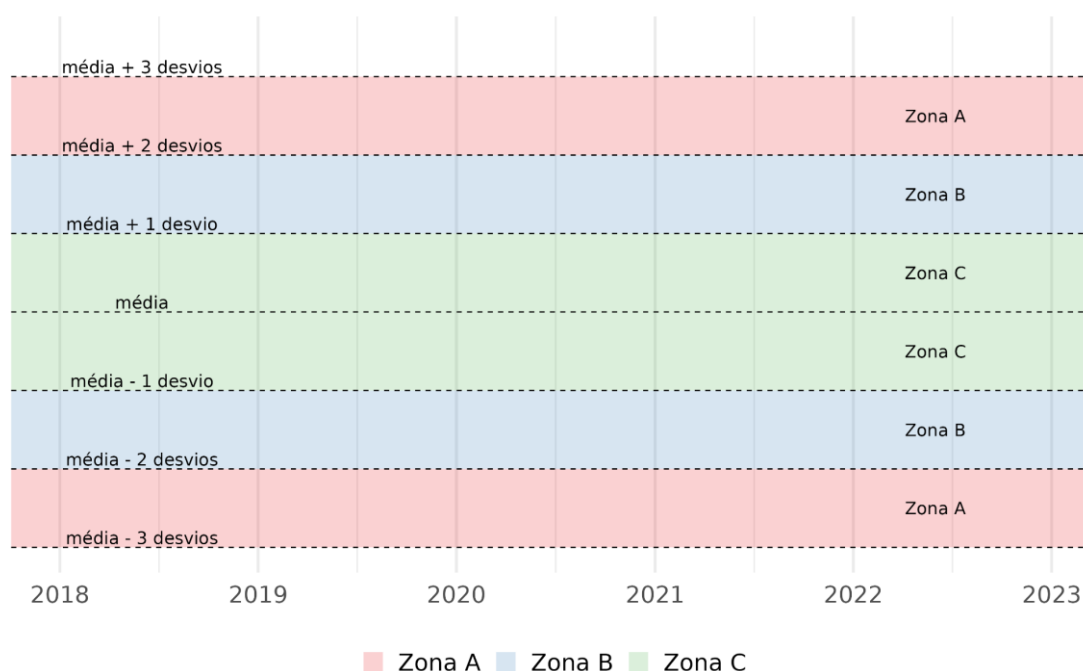


Gráfico 1. Descrição das zonas consideradas em um gráfico de controle.

O próximo passo foi a realização das análises descritivas e exploratórias dos dados das eSF. Os dados das variáveis categóricas foram descritos com frequências absolutas e relativas e das demais variáveis com médias, desvios padrão e quartis. Os testes de qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para analisar as associações entre as variáveis categóricas. O teste de Mann Whitney foi utilizado para comparar as Equipes de Unidade com e sem LIAPS quanto aos critérios de capitação

ponderada. Todas as análises foram realizadas no programa R, com nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentados os valores dos repasses mensais de recursos financeiros (custeio e investimentos) para o município de Campo Grande (MS), de 2018 a 2022, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidos Amplo (IPCA – IBGE). Observa-se que, no período avaliado foram repassados ao município um total de R\$506.824.158,51, para custeio das USF. A média mensal de repasse foi de R\$8.447.069,31. Também nesse período foram repassados ao município um total de R\$17.319.183,63 para investimentos nestas USF, sendo que o maior valor de repasse para investimentos ocorreu em novembro de 2021 (R\$15.023.465,15).

Tabela 1. Repasses mensais de recursos financeiros para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS), de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE.

Ano	Mês	Total de repasses	
		Custeio	Investimentos
2018	Janeiro	5.509.126,90	0,00
	Fevereiro	5.665.267,80	0,00
	Março	7.224.314,37	0,00
	Abril	6.664.204,22	0,00
	Mai	6.188.048,05	0,00
	Junho	7.697.841,87	424.120,83
	Julho	6.795.589,81	0,00
	Agosto	6.257.815,42	0,00
	Setembro	6.276.379,74	124.492,43
	Outubro	6.197.504,65	124.492,43
	Novembro	6.205.749,39	0,00
	Dezembro	11.597.993,22	0,00
	Total	82.279.835,44	673.105,69
2019	Janeiro	2.499.698,93	0,00
	Fevereiro	6.403.195,26	0,00
	Março	6.577.049,69	0,00
	Abril	6.507.425,63	0,00
	Mai	6.502.940,34	0,00
	Junho	6.462.843,29	96.718,92
	Julho	6.406.696,80	0,00
	Agosto	6.818.565,03	0,00
	Setembro	7.914.138,20	0,00
	Outubro	7.394.448,87	319.980,55
	Novembro	7.356.877,80	0,00
	Dezembro	16.857.731,99	212.867,06

Ano	Mês	Total de repasses	
		Custeio	Investimentos
	Total	87.701.611,83	62.956,53
2020	Janeiro	6.020.900,58	0,00
	Fevereiro	7.348.647,05	0,00
	Março	7.844.653,91	0,00
	Abril	8.614.580,49	0,00
	Mai	8.587.503,60	0,00
	Junho	8.974.690,50	113.884,36
	Julho	9.246.058,67	0,00
	Agosto	9.238.600,97	0,00
	Setembro	12.020.875,63	0,00
	Outubro	9.984.662,33	0,00
	Novembro	9.469.957,55	0,00
	Dezembro	10.372.568,62	469.364,63
	Total	107.723.699,90	583.248,99
2021	Janeiro	2.457.164,58	0,00
	Fevereiro	9.459.859,76	179.558,49
	Março	9.318.897,93	0,00
	Abril	9.577.893,73	0,00
	Mai	14.203.163,48	0,00
	Junho	9.058.388,39	0,00
	Julho	9.534.586,23	0,00
	Agosto	9.305.081,89	0,00
	Setembro	9.886.562,32	0,00
	Outubro	9.502.907,95	59.432,40
	Novembro	9.312.953,27	15.023.465,15
	Dezembro	12.031.371,40	109.998,37
	Total	113.648.830,93	153.724,41
2022	Janeiro	8.374.593,34	0,00
	Fevereiro	8.430.494,79	0,00
	Março	9.184.828,17	0,00
	Abril	8.284.091,17	0,00
	Mai	9.281.703,87	0,00
	Junho	1.089.242,13	0,00
	Julho	9.192.325,99	0,00
	Agosto	9.399.062,85	0,00
	Setembro	9.652.333,13	0,00
	Outubro	13.463.003,50	0,00
	Novembro	9.844.361,15	0,00
	Dezembro	9.472.140,31	60.808,00
	Total	115.470.180,40	60.808,00
Total no período	-	506.824.158,51	17.319.183,63
Média	-	8.447.069,31	339.591,84
Desvio padrão	-	2.442.650,53	2.099.884,88

Apresentou-se o gráfico de controle (gráfico 2) para os repasses de custeio. Observou-se, nos tempos iniciais de análise, 11 pontos (meses) com repasses abaixo da média (entre janeiro e novembro de 2018) e outros 11 pontos (meses) com repasses abaixo da média (entre janeiro de 2019 e novembro de 2019). Além disso, notou-se nos tempos finais de análise, nove pontos com repasses acima da média (entre abril de 2020 a dezembro de 2020) e outros 11 pontos também acima da média, de fevereiro a dezembro de 2021. Esses achados indicam que houve uma tendência de aumento nos repasses de custeio considerando o período como um todo, passando de R\$5.509.126,90 em janeiro de 2018 para R\$9.472.140,31 em dezembro de 2022 (valores corrigidos pelo IPCA – IBGE). Porém, alguns pontos chamam a atenção no decorrer do tempo, tanto em relação a aumentos como a quedas nos repasses. Em dezembro de 2018, houve um aumento de 89,9% no repasse em relação ao mês anterior de novembro de 2018, porém, no próximo mês, janeiro de 2019, houve uma queda de 78,5% em relação ao mês anterior. O mesmo ocorreu em dezembro de 2019, em que o valor do repasse ficou fora dos limites de controle, indicando um valor discrepante em relação aos demais meses (R\$16.857.731,99).

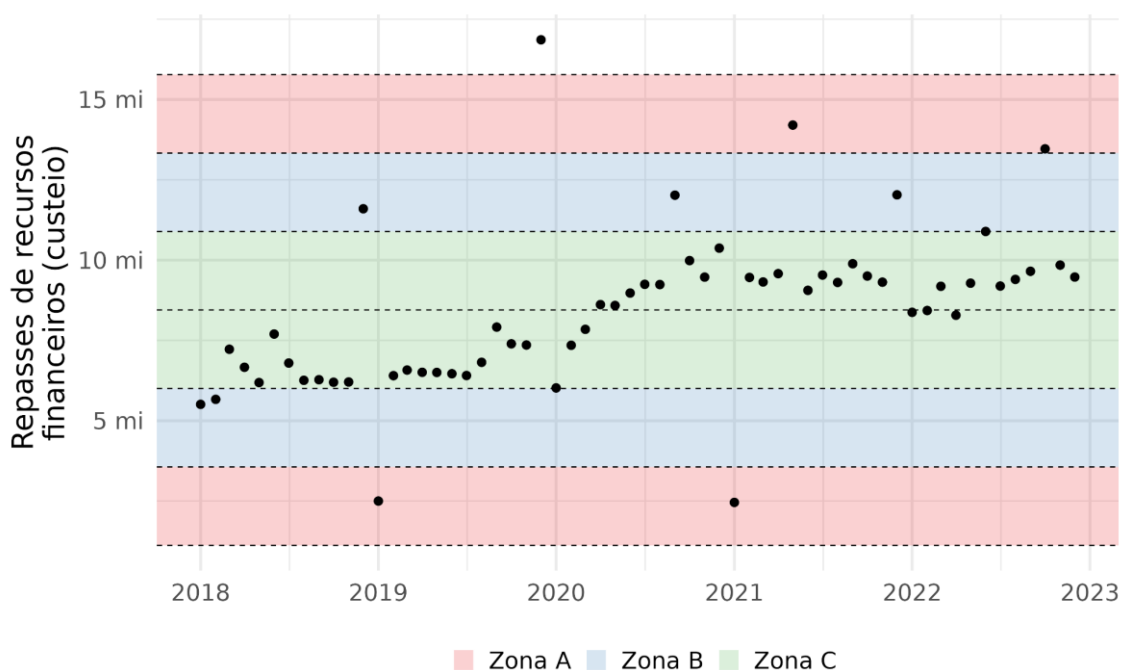


Gráfico 2 - Gráfico de controle dos repasses de recursos financeiros (custeio) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE.

Na Gráfico 3 é apresentado o gráfico de controle para os repasses de investimento nessas Unidades. Nesse gráfico foi incluído o valor de R\$15.023.465,15 repassado em novembro de 2021 (corrigido pelo IPCA – IBGE). A maioria dos pontos encontra-se abaixo da média e esse ponto encontra-se fora dos limites de controle, indicando que foi um valor muito discrepante no período estudado. No total foram repassados no período R\$17.319.183,63 para investimentos.

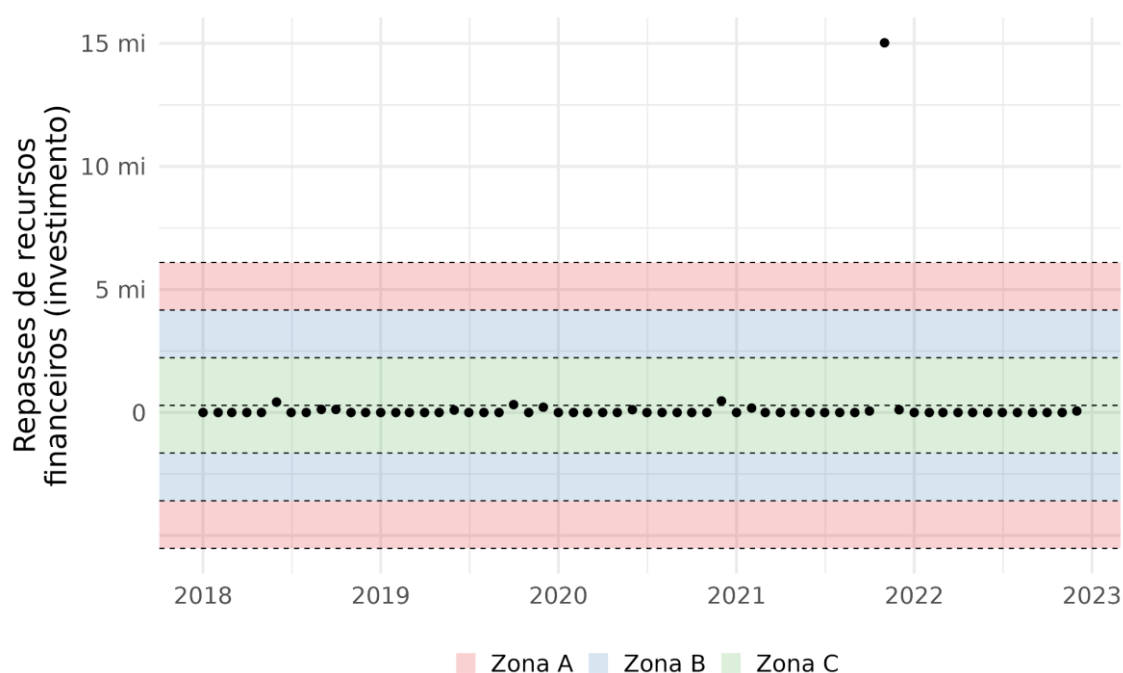


Gráfico 3 - Gráfico de controle dos repasses de recursos financeiros (investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE (incluindo o repasse de R\$15.023.465,15 que ocorreu em novembro de 2021).

Foi também construído o gráfico de controle de repasses para investimentos, excluindo o repasse de R\$15.023.465,15 que ocorreu em novembro de 2021 (Gráfico 4) a fim de se visualizar melhor possíveis tendências. Notou-se dois pontos fora dos limites de controle, sendo junho de 2018 que teve um repasse de R\$424.120,83 e dezembro de 2020 com um repasse de R\$469.364,63 e outros 10 repasses para investimento no período estudado (variando de R\$59.432,40 a R\$319.980,55).

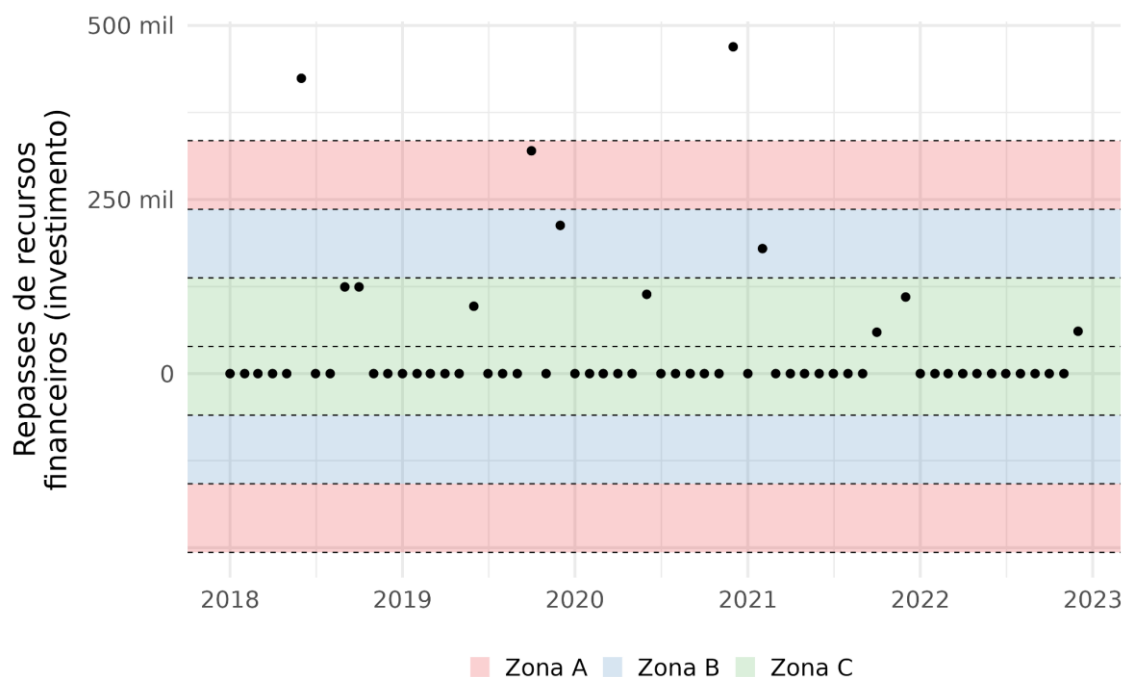


Gráfico 4 - Gráfico de controle dos repasses de recursos financeiros (investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE (excluindo o repasse de R\$15.023.465,15 que ocorreu em novembro de 2021).

Na Tabela 2, Gráfico 5 e Gráfico 5B são apresentados os valores dos repasses anuais (corrigidos pelo IPCA – IBGE). Observa-se que o repasse anual para custeio passou de R\$82.279.835,40 em 2018 para 115.470.180,00 em 2022 e o de investimentos teve um pico em 2021 (R\$15.372.454,40).

Tabela 2. Repasses anuais de recursos financeiros para as Unidades de Saúde da Família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE.

Ano	Total de repasses	
	Custeio	Investimentos
2018	82.279.835,40	673.105,70
2019	87.701.611,80	629.566,53
2020	107.723.700,00	583.249,00
2021	113.648.831,00	15.372.454,40
2022	115.470.180,00	60.808,00
Total no período	506.824.158,51	17.319.183,63

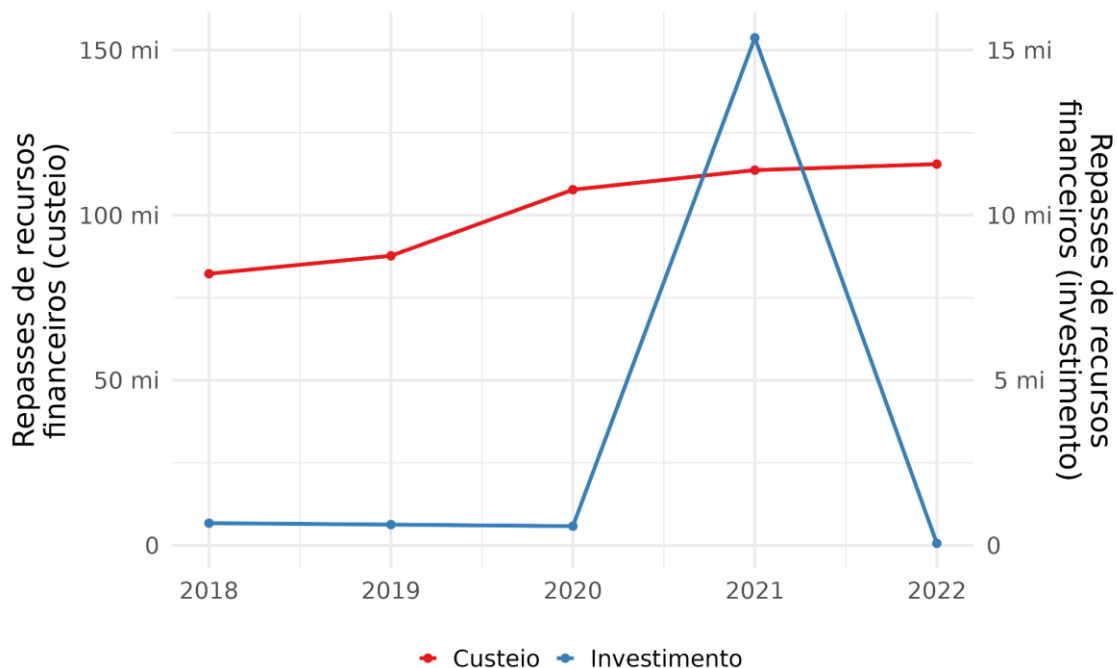


Gráfico 5 - Total de repasses de recursos financeiros (custeio e investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE

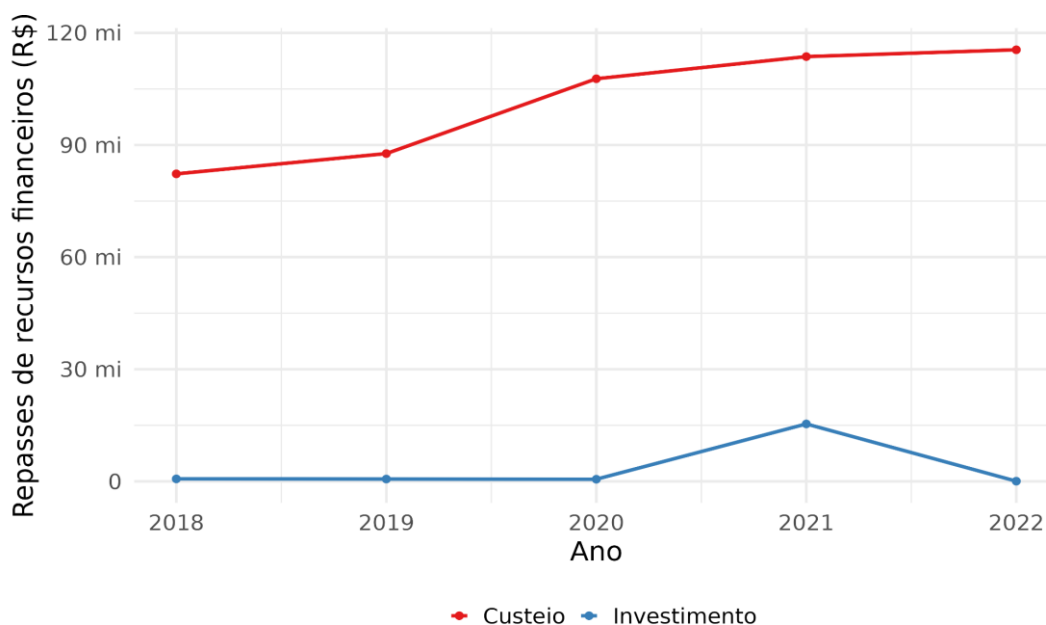


Gráfico 5B - Total de repasses de recursos financeiros (custeio e investimentos) para as Unidades de saúde da família da cidade de Campo Grande (MS) de 2018 a 2022. Valores em Real, corrigidos para valores de 2022 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA-IBGE.

Foram também avaliados os dados de 194 eSF de 63 USF do município, com variação de uma a oito equipes por unidade. Em 2021, 155 equipes (79,9%) não participavam do LIAPS e 39 (20,1%) participavam. Já em 2022, 151 equipes (77,8%) não participavam do LIAPS e 43 (22,2%) participavam. A seguir serão apresentados os resultados das Unidades com e sem LIAPS em relação ao cumprimento dos sete indicadores do critério do Pagamento por desempenho conforme as metas do PPB (Brasil,2019b) (Tabela 3).

Em relação aos dados de 2021, houve associação significativa da participação no LIAPS com os resultados dos indicadores Pré-Natal (sífilis e HIV) e Gestantes (saúde bucal), $p < 0,05$. No primeiro quadrimestre de 2021, 14,8% e 30,8% das sem e com LIAPS, respectivamente, apresentaram índice satisfatório do indicador Pré-Natal (sífilis e HIV). Já para o indicador Gestante (saúde bucal), 0%, 1,9 e 2,6% das equipes de unidades sem LIAPS apresentaram índices satisfatórios no primeiro, segundo e terceiro quadrimestre, respectivamente, enquanto 12,8% das equipes de unidades com LIAPS apresentaram índices satisfatórios nos três quadrimestres (Tabela 3).

Em 2022, a participação no LIAPS apresentou associação estatística significativa com os indicadores Pré-Natal (6 consultas), Gestantes (saúde bucal), Hipertensão (PA aferida), Diabetes (hemoglobina glicada) e Cobertura vacinal (polio e penta), $p < 0,05$. Observou-se que 36,4%, 32,4% e 50,3%, respectivamente, das equipes de unidades sem LIAPS apresentaram índices satisfatórios de Pré-Natal (6 consultas) no primeiro, segundo e terceiro quadrimestre desse ano, enquanto nas Equipes de Unidades com LIAPS essas porcentagens foram de 60,5%, 67,4% e 74,4%. Com relação ao índice Gestantes (saúde bucal) pode-se observar que 16,6%, 30,5% e 47,0% das equipes de unidades sem LIAPS tiveram índices satisfatórios no primeiro, segundo e terceiro quadrimestre, respectivamente, enquanto nas equipes de unidades com LIAPS essas porcentagens aumentaram para 55,8%, 67,4% e 79,1%, respectivamente. Nota-se também que as porcentagens de Equipes com índices satisfatórios do indicador hipertensão (PA aferida) no segundo quadrimestre de 2022 foram de 2,0% e 9,3% entre as Equipes de Unidade sem e com LIAPS, respectivamente. As Equipes de Unidades que participam do LIAPS apresentaram também maiores porcentagens de índices satisfatórios para os indicadores Diabetes (hemoglobina glicada) e cobertura vacinal (pólio e penta). A Cobertura de citopatológico não apresentou associação significativa com LIAPS ($p > 0,05$), sendo que no ano de 2021, apenas uma Equipe de uma Unidade sem LIAPS apresentou

índice satisfatório no segundo quadrimestre, as demais Equipes apresentaram índices insatisfatórios nos três quadrimestres. No ano de 2022 nenhuma Equipe apresentou índice satisfatório de Cobertura citopatológico (Tabela 3).

Na Tabela 4 apresenta-se o ISF final a partir de metas próprias do município, observa-se que no ano de 2021 houve associação significativa da classificação do ISF final com a participação no LIAPS apenas no segundo quadrimestre ($p < 0,05$). Nesse quadrimestre, 44,3% e 59,0% das Equipes de Unidades sem e com LIAPS apresentaram índices satisfatórios. Já no ano de 2022, houve associação significativa em todos os quadrimestres ($p < 0,05$). A porcentagem de Equipes sem LIAPS com índices satisfatórios foram de 70,2%, 59,6% e 70,2% no primeiro, segundo e terceiro quadrimestres, respectivamente. Já entre as Equipes com LIAPS, essas porcentagens foram de 93,0%, 88,4% e 93,0%, respectivamente.

Houve diferença significativa entre as Equipes de Unidade que participam ou não do LIAPS quanto a População cadastrada no PEC ESUS (Tabela 5). Em 2021, entre as Unidades que não participam do LIAPS, a população cadastrada varia de zero a 5.268 (com média de 3.183), já entre as cadastradas, a população varia de 1.136 a 6.090, com média de 2.913.

Considerando os anos de 2021 e 2022, houve associação significativa da participação da Unidade no LIAPS com presença de residência médica, residência multiprofissional e saúde na hora ($p < 0,05$), sendo que entre as Equipes de Unidades com LIAPS, há maior porcentagem com residência médica, residência multiprofissional e saúde na hora. Em 2021, 2,6% e 94,9% das Equipes sem e com LIAPS, respectivamente, eram de Unidades com residência médica, já em 2022 essas porcentagens foram de 0,0% e 95,4%, respectivamente. Nota-se ainda que em 2021, 1,3% e 71,8% das Equipes sem e com LIAPS, respectivamente, são de Unidades com residência multiprofissional e em 2022 essas porcentagens foram de 1,3% e 69,8%, respectivamente. Com relação ao Saúde na Hora, em 2021, 66,4% e 100,0% das Equipes sem e com LIAPS, respectivamente, eram de Unidades com Saúde na Hora; e em 2022 essas porcentagens foram de 65,6% e 100,0%, respectivamente (Tabela 6).

Tabela 3. Classificação de cada indicador ISF (satisfatório ou insatisfatório) das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022.

Indicador (ISF)	Quadrimestre	Satisfatório	Ano							
			2021				2022			
			Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)	p-valor	Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	p-valor
			Frequência (%)				Frequência (%)			
Pré-Natal consultas)	6 1	Não	174 (86,7%)	142 (91,6%)	32 (82,0%)	0,0845	112 (57,7%)	95 (62,9%)	17 (39,5%)	0,0053
		Sim	17 (8,8%)	10 (6,4%)	7 (18,0%)	-	81 (41,8%)	55 (36,4%)	26 (60,5%)	
	2	Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)
		Não	174 (89,7%)	138 (89,0%)	36 (92,3%)	1,0000		115 (59,3%)	101 (66,9%)	14 (32,6%)
	3	Sim	17 (8,8%)	14 (9,0%)	3 (7,7%)	-	78 (40,2%)	49 (32,4%)	29 (67,4%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)
Pré-Natal (Sífilis e HIV)	1	Não	174 (89,7%)	140 (90,3%)	34 (87,2%)	0,4123		85 (43,8%)	74 (49,0%)	11 (25,6%)
		Sim	17 (8,8%)	12 (7,7%)	5 (12,8%)	-	108 (55,7%)	76 (50,3%)	32 (74,4%)	
	1	Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)
		Não	156 (80,4%)	129 (83,2%)	27 (69,2%)	0,0354		48 (24,7%)	40 (26,5%)	8 (18,6%)
	1	Sim	35 (18,0%)	23 (14,8%)	12 (30,8%)	-	145 (74,7%)	110 (72,8%)	35 (81,4%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)

	2	Não	146 (75,3%)	119 (76,8%)	27 (69,2%)	0,2897	33 (17,0%)	26 (17,2%)	7 (16,3%)	0,8714
		Sim	45 (23,2%)	33 (21,3%)	12 (30,8%)		160 (82,5%)	124 (82,1%)	36 (83,7%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
	3	Não	153 (78,9%)	122 (78,7%)	31 (79,5%)	1,0000	14 (7,2%)	10 (6,6%)	4 (9,3%)	0,5180
		Sim	38 (19,6%)	30 (19,4%)	8 (20,5%)		179 (92,3%)	140 (92,7%)	39 (90,7%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Gestantes Saúde Bucal	1	Não	186 (95,9%)	152 (98,1%)	34 (87,2%)	0,0003	144 (74,2%)	125 (82,8%)	19 (44,2%)	<0,000 1
		Sim	5 (2,6%)	0 (0,0%)	5 (12,8%)		49 (25,3%)	25 (16,6%)	24 (55,8%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
	2	Não	183 (94,3%)	149 (96,1%)	34 (87,2%)	0,0098	118 (60,8%)	104 (68,9%)	14 (32,6%)	<0,000 1
		Sim	8 (4,1%)	3 (1,9%)	5 (12,8%)		75 (38,7%)	46 (30,5%)	29 (67,4%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
	3	Não	182 (93,8%)	148 (95,5%)	34 (87,2%)	0,0187	88 (45,4%)	79 (52,3%)	9 (20,9%)	0,0002
		Sim	9 (4,6%)	4 (2,6%)	5 (12,8%)		105 (54,1%)	71 (47,0%)	34 (79,1%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Cobertura Citopatológico	1	Não	191 (98,4%)	152 (98,1%)	39 (100,0%)	-	193 (99,5%)	150 (99,3%)	43 (100,0%)	-
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	

	2	Não	190 (97,9%)	151 (97,4%)	39 (100,0%)	1,0000	193 (99,5%)	150 (99,3%)	43 (100,0%)	-
		Sim	1 (0,5%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
	3	Não	191 (98,4%)	152 (98,1%)	39 (100,0%)	-	193 (99,5%)	150 (99,3%)	43 (100,0%)	-
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Hipertensão (PA aferida)	1	Não	190 (97,9%)	151 (97,4%)	39 (100,0%)	1,0000	186 (95,9%)	143 (94,7%)	43 (100,0%)	1,0000
		Sim	1 (0,5%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)		1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)	-	7 (3,6%)	7 (4,6%)	0 (0,0%)	
	2	Não	191 (98,4%)	152 (98,1%)	39 (100,0%)	-	183 (94,3%)	144 (94,4%)	39 (90,7%)	0,0475
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		7 (3,6%)	3 (2,0%)	4 (9,3%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		4 (2,1%)	4 (2,6%)	0 (0,0%)	
	3	Não	191 (98,4%)	152 (98,1%)	39 (100,0%)	-	179 (92,3%)	142 (94,0%)	37 (86,0%)	0,0879
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		14 (7,2%)	8 (5,3%)	6 (14,0%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Diabetes (Hemoglobina Glicada)	1	Não	191 (98,4%)	152 (98,1%)	39 (100,0%)	-	187 (96,4%)	144 (95,4%)	43 (100,0%)	-
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		7 (3,6%)	7 (4,6%)	0 (0,0%)	
	2	Não	191 (98,4%)	152 (98,1%)	39 (100,0%)	-	185 (95,4%)	147 (97,4%)	38 (88,4%)	0,0005

		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		5 (2,6%)	0 (0,0%)	5 (11,6%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		4 (2,1%)	4 (2,6%)	0 (0,0%)	
	3	Não	191 (98,4%)	152 (98,1%)	39 (100,0%)	-	181 (93,3%)	145 (96,0%)	36 (83,7%)	0,0057
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		12 (6,2%)	5 (3,3%)	7 (16,3%)	
		Sem informação	3 (1,6%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)		1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Cobertura Polio e Penta	1	Não	-	-	-	-	162 (83,5%)	129 (85,4%)	33 (76,7%)	0,0406
		Sim	-	-	-	-	25 (12,9%)	15 (9,9%)	10 (23,3%)	
		Sem informação	-	-	-	-	7 (3,6%)	7 (4,6%)	0 (0,0%)	
	2	Não	-	-	-	-	167 (86,1%)	131 (86,8%)	36 (83,7%)	0,3401
		Sim	-	-	-	-	23 (11,9%)	16 (10,6%)	7 (16,3%)	
		Sem informação	-	-	-	-	4 (2,1%)	4 (2,6%)	0 (0,0%)	
	3	Não	-	-	-	-	169 (87,1%)	136 (90,1%)	33 (76,7%)	0,0147
		Sim	-	-	-	-	24 (12,4%)	14 (9,3%)	10 (23,3%)	
		Sem informação	-	-	-	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	

Tabela 4. Classificação do ISF final (satisfatório ou insatisfatório) das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022.

Quadrimestr e	Satisfatório	Ano								
		2021				p-valor	2022			
		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)			Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	p-valor
Frequência (%)				Frequência (%)						
1	Não	41 (21,1%)	35 (22,6%)	6 (15,4%)	0,3252	48 (24,7%)	45 (29,8%)	3 (7,0%)	0,0022	
	Sim	153 (78,9%)	120 (77,4%)	33 (84,6%)		146 (75,3%)	106 (70,2%)	40 (93,0%)		
2	Não	107 (55,2%)	91 (58,7%)	16 (41,0%)	0,0472	66 (34,0%)	61 (40,4%)	5 (11,6%)	0,0004	
	Sim	87 (44,8%)	64 (41,3%)	23 (59,0%)		128 (66,0%)	90 (59,6%)	38 (88,4%)		
3	Não	9 (4,6%)	9 (5,8%)	0 (0,0%)	0,2085	48 (24,7%)	45 (29,8%)	3 (7,0%)	0,0022	
	Sim	185 (95,4%)	146 (94,2%)	39 (20,1%)		146 (75,3%)	106 (70,2%)	40 (93,0%)		

Tabela 5. Critério de capitação ponderada das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022.

Critério	Estatística		Ano							
			2021				2022			
			Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)	p-valor	Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	p-valor
População cadastrada no PEC ESUS	Média (desvio padrão)		3.128 (1.047)	3.183 (1.064)	2.913 (957)	0,0038	3.465 (962)	3.499 (983)	3.345 (885)	0,2074
	Mínimo		0	0	1.136		734	734	1.763	
	Primeiro quartil		2.537	2.777	2.330		2.919	2.956	2.664	
	Mediana		3.196	3.339	2.578		3.470	3.484	3.286	
	Terceiro quartil		3.768	3.804	3.381		4.016	4.052	3.812	
	Máximo		3.090	5.268	6.090		8.002	8.002	5.812	
População vulnerável (Ministério da Saúde)	Média (desvio padrão)		930 (321)	935 (307)	911 (376)	0,0785	1.017 (302)	1.022 (288)	999 (352)	0,2547
	Mínimo		0	0	377		141	141	297	
	Primeiro quartil		786	810	661		845	860	812	
	Mediana		948	969	863		1.016	1.017	960	
	Terceiro quartil		1.100	1.110	1.016		1.186	1.200	1.100	
	Máximo		2.182	1.575	2.182		2.222	2.222	2.149	

Tabela 6. Critérios de ações estratégicas das Equipes de saúde da família de Campo Grande (MS) de Unidades participantes e não participantes do laboratório de inovação da atenção primária à saúde (LIAPS) nos anos de 2021 e 2022.

Quadrimestre	Satisfatório	Ano							
		2021				2022			
		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)	p-valor	Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	p-valor
Frequência (%)				Frequência (%)					
Residência médica	Não	153 (78,9%)	151 (97,4%)	2 (5,1%)	<0,0001	152 (78,4%)	150 (99,3%)	2 (4,6%)	<0,0001
	Sim	41 (21,1%)	4 (2,6%)	37 (94,9%)	-	41 (21,1%)	0 (0,0%)	41 (95,4%)	1
	Sem informação	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Residência multiprofissional	Não	164 (84,5%)	153 (98,7%)	11 (28,2%)	<0,0001	161 (83,0%)	148 (98,0%)	13 (30,2%)	<0,0001
	Sim	30 (15,5%)	2 (1,3%)	28 (71,8%)	-	32 (16,5%)	2 (1,3%)	30 (69,8%)	1
	Sem informação	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
ESB	Não	29 (15,0%)	25 (16,1%)	4 (10,3%)	0,3507	29 (15,0%)	25 (16,6%)	4 (9,3%)	0,2392
	Sim	165 (85,0%)	130 (83,9%)	35 (89,7%)		165 (85,0%)	126 (83,4%)	39 (90,7%)	
Saúde na hora	Não	52 (26,8%)	52 (33,6%)	0 (0,0%)	<0,0001	52 (26,8%)	52 (34,4%)	0 (0,0%)	<0,0001
	Sim	142 (73,2%)	103 (66,4%)	39 (100,0%)		142 (73,2%)	99 (65,6%)	43 (100,0%)	1

7 DISCUSSÃO

O PPB é recente, controverso e tem impactado a Atenção Primária, e conseqüentemente, a Saúde Pública do país. Ainda são escassos, ou quase inexistentes, os estudos baseados em evidências que avaliam sua implementação, as conseqüências do pagamento por desempenho, os efeitos da capitação ponderada e a adesão dos municípios as ações estratégicas não existentes no PAB Variável. Os efeitos podem variar nas diferentes regiões do território em virtude da heterogeneidade existente (SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023). Os resultados indicam que não há um padrão de concentração de ganhos ou perdas nas várias regiões. Exceto, a região Norte, provavelmente, por apresentar fatores que geram recursos adicionais na capitação ponderada como a concentração de municípios remotos e quantidade de pessoas vulneráveis (ROSA *et al.*, 2023).

Os resultados desse estudo demonstram, inicialmente, que a mudança de programa de financiamento gerou um aumento na captação de recurso no município de Campo Grande-MS, em discordância com parte da literatura consultada. Considerando o período como um todo, passou de R\$5.509.126,90 em janeiro de 2018 para R\$9.472.140,31 em dezembro de 2022 (valores corrigidos pelo IPCA – IBGE) (Tabela 2). Também, observou-se que a implantação de estratégias, tais como LIAPS, em 2022, interferiu de forma positiva, apresentando associação estatística significativa para o cumprimento dos indicadores do Pagamento por desempenho do PPB (Tabela 3).

Em relação aos repasses financeiros para custeio no período estudado, houve uma tendência de aumento, considerando todos os valores corrigidos pelo IPCA – IBGE. Este resultado é compatível com estudos de outras regiões do país (DO CARMO *et al.*, 2022; HARZHEIM *et al.*, 2022; SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023), e pode ser explicado pelo fato de que no período de transição do programa de financiamento, foi previsto a substituição do valor recebido pelo PAB FIXO e VARIÁVEL pelo repasse equivalente a 100% do incentivo financeiro da capitação ponderada e do pagamento por desempenho que os municípios ou Distrito Federal fariam jus caso atendessem a todos os requisitos. Ou seja, em 2020, os municípios mesmo sem possuir sua população total cadastrada ou cumprir as metas dos indicadores de desempenho receberam a totalidade desse recurso. Ademais, no mesmo ano, foi transferido o incentivo financeiro per capita de transição onde foi pago

R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) multiplicado pela estimativa do IBGE da população dos municípios ou do Distrito Federal (BRASIL, 2019b; ROSA *et al.*, 2023).

Devido a pandemia de COVID-19 e o intenso enfrentamento dos gestores dos 5.570 municípios brasileiros, do CONASS e do CONASSEMS contrariados com a iminente perda financeira, fizeram com que o Ministério da Saúde, por meio de consecutivas portarias, prorrogasse a competência financeira. Somente a partir de agosto de 2021, o critério de capitação ponderada passou a ser exigido e em 2022, o pagamento por desempenho passou a ser exigido de forma gradual (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021b; BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021d; ROSA *et al.*, 2023). Por isso, o valor do repasse financeiro referente ao pagamento por desempenho anterior ao terceiro quadrimestre de 2022 não representam o resultado real obtido (HARZHEIN *et al.*, 2022).

O PPB implementou ações estratégicas aderidas pelo município que não existiam na época do PAB Variável, como o Programa Saúde na Hora (PSH), o Programa de Apoio à Informatização da APS e o incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional contribuindo para o aumento do repasse (SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023).

As residências do município não são exclusivamente das unidades LIAPS, estando presentes no município outros programas de residências. Entre eles podem ser citados a Residência Médica de Psiquiatria, a Residência Multiprofissionais em Saúde da Saúde Mental, Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UEMS) e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFMS). Considerando o critério ações estratégicas (Tabela 6), durante os anos de 2021 e 2022, houve associação significativa da participação da Unidade no LIAPS com presença de residência médica, residência multiprofissional e Saúde na Hora ($p < 0,05$).

Esse resultado se deve ao fato desse incentivo financeiro de custeio adicional mensal ser repassado apenas para as eSF ou eSB com profissionais em formação atuantes no município cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2019e) e nem todos esses programas possuem seus residentes cadastrados. Entre as Equipes de Unidades com LIAPS, houve maior porcentagem com residência médica e residência multiprofissional, pois, todos os residentes egressos das RMSF e RMFC estão cadastrados no CNES (EGESTOR, 2023).

As USF do município, em geral, estão trabalhando no limite, tanto em número reduzido de profissionais quanto na escassez de materiais, acarretando em um atendimento de baixa qualidade e uma precária assistência à saúde (LOPES, 2019). Com isso, as unidades contempladas com essas ações estratégicas podem proporcionar melhor qualidade de atendimento prestado aos usuários.

Além disso, em 2021, o Ministério da Saúde mudou as regras do PPB, incorporando um quarto critério de pagamento (Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional), (BRASIL, 2021c).

O repasse para custeio sofreu um reajuste de aproximadamente 40,8% no período avaliado, mas, não necessariamente implicou em ampliação do acesso, do vínculo aos usuários dos serviços e respeito aos atributos da APS, conforme se justificou à época da implementação do PPB (COELHO, 2020). Para que isto ocorra, é imprescindível financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos (SALDIVA; VERAS, 2018). O financiamento descentralizado do SUS, acrescido à falta de conhecimentos político-econômicos de muitos gestores locais, fazem com que os recursos nem sempre sejam alocados de maneira adequada (NICOLETTI; FARIA, 2017).

A partir de 2017, o financiamento da APS passou a ser pago em apenas 2 blocos de financiamento: Custeio e Investimento. (BRASIL, 2001^a; BRASIL, 2017b). No bloco de custeio contêm o “Custeio Regular da APS” e os “incrementos temporários ao custeio”. O custeio regular da APS é atualmente o programa Previne Brasil (ROSA *et al.*, 2023). A redução dos blocos de financiamento aumentou o poder de gerenciamento municipal, pois, permitiu o manejo dos recursos de forma geral, estabelecendo uma desvinculação financeira (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Apesar do PPB alterar apenas o bloco de financiamento federal de custeio da APS, esse estudo também avaliou os repasses financeiros de investimentos do período de 2018 a 2022. Foram repassados ao município R\$17.319.183,63 para investimentos, valor corrigido pelo IPCA – IBGE. Com exceção repasse para investimentos ocorrido em novembro de 2021 (R\$15.023.465,15), esse bloco permaneceu estável em quase todo o período avaliado, conforme pôde ser conferido nos resultados apresentados. Ou seja, apenas o bloco de custeio, influenciado pelo PPB apresentou uma tendência de aumento de repasses conforme demonstrado pelo Gráfico 2. Este fato evidenciou a relevância do PPB em Campo Grande, assim como no restante do país (ROSA *et al.*, 2023).

Embora o período avaliado demonstre uma tendência de aumento nos repasses financeiros, no último quadrimestre de 2022, a capitação ponderada tende a permanecer estável, visto que 96,7% da população campo-grandense já foi cadastrada (E-GESTOR, 2023). Além disso, após ser exigido o cumprimento real das metas dos indicadores do PPB, já é possível observar redução no repasse do pagamento por desempenho do município de aproximadamente 34,8%, conforme resultados apresentados.

Serão necessários estudos qualitativos e acompanhamento dos resultados dos próximos quadrimestres para verificar se a tendência de aumento de repasse se manterá (LOPES *et al.*, 2022) e se realmente refletirão em melhorias do serviço ofertado. Essa análise, da mesma forma que estudos semelhantes, apresenta limitações pois avaliou o PPB durante o período de transição referindo a um programa com regras ainda não implementadas plenamente (ROSA *et al.*, 2023).

Em 2021 e 2022, a SESAUCG estabeleceu metas próprias para cálculo do ISF FINAL. Esta foi obtida pela média aritmética do ISF FINAL de todas as unidades de saúde do município, independente destas serem ou não LIAPS. Por meio desse critério, em 2021, 95,4% dessas unidades tiveram ISF FINAL satisfatório, demonstrando homogeneidade no perfil das equipes, as quais, estavam voltadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Durante este período, foi preconizado distanciamento social e as USF do município tiveram que readequar seu processo de trabalho tais como: suspensão do atendimento eletivo, reorganização do fluxo interno da unidade, separando pacientes sintomáticos de assintomáticos; suspensão das atividades coletivas; vacinação, testagem RT-PCR e teste rápidos de antígeno para COVID-19; manutenção do acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas; utilização de teleatendimento, monitoramento e ações de vigilância em saúde no território adscrito (SILVA *et al.*, 2021; SILVA, *et al.*, 2022). Houve operacionalização de um plano de ação para o enfrentamento da pandemia, com protagonismo das equipes com LIAPS (RANZI *et al.*, 2021).

Nos resultados do ISF de 2022, verificou-se aumento da média aritmética geral. Entretanto, as notas dos dois grupos não ascenderam de forma uniforme. No primeiro, segundo e terceiro quadrimestres conforme os resultados da Tabela 4, as unidades LIAPS tiveram desempenho 22,8% (93,0%-70,2%), 28,8% (88,4%-59,6%) e 22,8% (93,0%-70,2%) superiores, respectivamente, em relação às unidades não LIAPS.

Esses resultados sugerem a necessidade de reorientação do modelo assistencial com a mudança dos processos de trabalho nas APS do município (DO CARMO *et al.*, 2022).

As unidades com LIAPS incluíram tecnologias e ferramentas de gestão do cuidado, incorporaram as RMSF e RMFC, qualificaram as práticas através da educação permanente em saúde, implementaram a carteira de serviço, com a inclusão de procedimentos que não eram realizados na APS do município. Consequentemente, aumentaram da resolutividade dessas unidades (RANZI *et al.*, 2021).

A busca de alternativas viáveis para resolução dos problemas através do trabalho multiprofissional, ações intersetoriais com integração dos equipamentos sociais e aplicação da vigilância em saúde, simultaneamente ao cumprimento dos indicadores favoreceram os resultados encontrados no estudo. Mas, a resistência de alguns gestores e profissionais da APS para implementação das mudanças em questão, as dificuldades de articulação entre a APS e os demais serviços da RAS e a estrutura física inadequada das unidades de saúde são os principais desafios organizacionais e estruturais a serem superados pelo LIAPS (RANZI *et al.*, 2021).

Entretanto, isso não significa que os indicadores do Ministério da Saúde, propostos pelo PPB, foram alcançados. Abaixo, serão elencadas as análises referentes aos sete indicadores do PPB e os resultados obtidos pelas unidades do município.

Os indicadores 1, 2 e 3 são relacionados a assistência ao pré-natal integral, buscam assegurar o desenvolvimento da gestação e manter a saúde materno-infantil. Neste trabalho serão discutidos de forma conjunta pois, quando a equipe apresenta o cumprimento do indicador 2 satisfatório significa que identificou e realizou exames para sífilis e HIV em no mínimo 60% das gestantes de sua área de abrangência, já quando alcança a meta do indicador 1 significa que a equipe realizou pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, ou seja, de forma precoce. Por fim, no indicador 3 são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro com atendimento odontológico realizado NT 13/2022 (BRASIL,2022c); NT 14/2022(BRASIL,2022d);_NT 15/2022 (BRASIL,2022e);

No primeiro quadrimestre de 2021, conforme os resultados apresentados no estudo, apenas, 8,8% das equipes tiveram índice satisfatório do indicador 1 no

primeiro quadrimestre, não diferenciando nos demais quadrimestres do referido ano e não apresentaram associação significativa com LIAPS $p < 0,05$. Mas, houve associação significativa da participação no LIAPS com os resultados dos indicadores 2 e 3, $p < 0,05$, ou seja, as unidades LIAPS realizaram mais exames de sífilis e HIV e pré-natal odontológico que as demais unidades de saúde, porém, tardiamente, após a 20ª semana de gestação (BRASIL,2022c).

Com relação ao indicador 1, é válido ressaltar que este sofreu alterações devido à mudança na legislação. Para o ano de 2021, foi considerado a quantidade gestantes com 6 consultas, sendo a primeira realizada até a vigésima semana de gestação, com a meta de 60%. Para 2022, a quantidade de gestantes com 6 consultas foi considerada, sendo a 1ª consulta realizada até décima segunda semana de gestação, com redução da meta para 45% (BRASIL,2022c). Mesmo que a mudança desse indicador possa ter dificultado o seu cumprimento, foi importante para evitar maior risco de intercorrências durante a gravidez. O início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência (SANTOS, *et. al.*,2023).

Em 2022, em relação ao indicador 2 houve o alcance gradual da meta prevista no decorrer do ano para ambos os grupos analisados. Já em relação aos indicadores 1 e 3, a participação no LIAPS apresentou associação significativa. Isso se deve ao fato destas implementarem estratégias visando o alcance desses indicadores (busca ativa, lista de vigilância, teleconsulta, grupos, entre outras). Houve melhoria na cobertura de consultas de pré-natal na APS (SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023).

Entretanto, somente 14% das unidades são LIAPS. Se comparado esse resultado a outras capitais do país, no primeiro quadrimestre de 2022, os resultados dos indicadores 1, 2 e ISF FINAL das unidades de Campo Grande-MS foram abaixo da mediana. Entre as capitais com melhores resultados destacam-se Manaus, Florianópolis, Rio de Janeiro, Natal, Porto Alegre, Palmas e Porto Velho (COSTA; SILVA; COSTA *et. al.*, 2022).

Com relação ao indicador 3, durante o período de pandemia, houve redução da oferta de atendimento odontológico (CUNHA *et al.*, 2021), refletindo no alcance do indicador. Nesse sentido, o município de Campo Grande- MS não se diferenciou do restante do país. Os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos, sendo realizados em 2021 somente atendimento clínico de urgência. Nota-se que as

consequências da suspensão dos atendimentos eletivos refletiram nos três quadrimestres de 2021.

Em 2022, com o retorno dos atendimentos odontológicos eletivos houve melhoria no cumprimento deste indicador de forma desigual, provavelmente, devido à redução da equiparação entre eSB e ESF. Os municípios, após a PNAB de 2017, têm reduzido a quantidade de eSB na ESF (LUCENA *et al.*, 2020).

Considerando o contexto da pandemia de COVID-19 a vacinação, indicador 5, foi impactada pela política nacional no Brasil (FLEURY; FAVA, 2022). Não foi possível realizar avaliações do período de 2021, pois não foi fornecido informações pela SESAU Campo Grande-MS para alimentação do Banco de dados. Dificuldade também mencionada por estudo prévio, que destacou que o indicador 5 da “cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente” não possuía dados públicos atualizados para o período de 2021 (HARZHEIN *et al.*, 2022; SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023). Os resultados de 2022 ficaram aquém das metas previstas pelo Ministério da Saúde, não se diferenciando das demais capitais do país. Em 2022, houve também associação significativa para os indicadores 5, 6 e 7, pois as unidades LIAPS priorizam a educação permanente, com espaço protegido para as capacitações e treinamentos baseados em evidências (RANZI *et al.*, 2021). Isso significa que esses indicadores do PPB melhoraram, mas não necessariamente foram alcançados. Esses resultados encontrados são compatíveis com outros estudos realizados nas diversas regiões do país nesse período de 2020 a 2022, os quais relataram número de hipertensos e diabéticos acompanhados na APS aquém aos indicadores 6 e 7 do PPB (ARAGÃO *et al.*, 2023; LINARD *et al.*, 2023; ROSA *et al.*, 2023).

Entre as dificuldades encontradas foram citados a cobertura da ESF não contemplar a totalidade do município, necessidade de qualificação, monitoramento periódico e gestão regular dos cadastros de usuários (LINARD *et al.*, 2023).

O acompanhamento dos usuários com condições crônicas em ações programáticas com regularidade fixa de consultas médicas ou de enfermagem favorece o cumprimento dos indicadores 6 e 7 do PPB. O atendimento médico, apesar de ser uma das ofertas da equipe de AB, não deve ser a única. Além de subutilizar a capacidade dos demais profissionais para o cuidado integral. Durante o acolhimento e escuta inicial os pacientes podem ser direcionados ao atendimento clínico com enfermeiro, odontólogo, farmacêutico, profissionais do NASF-AB ou encaminhamento a grupos e até a outro serviço (BRASIL, 2018). O direcionamento adequado do

paciente evita a demora dos atendimentos, dificuldade para realizar o agendamento, intervalo entre consultas extenso, incompatibilidade entre agenda pessoal e agenda disponível (LINARD *et al.*, 2023).

A promoção e prevenção de saúde através dos grupos na APS possibilita a abordagem dos usuários com Hipertensão e Diabetes com a inclusão de ações desde anamnese, medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e de glicemia capilar até avaliação de resultado de exames, entre outras abordagens (BRASIL, 2018; LINARD *et al.*, 2023)

Além disso, são essenciais a busca ativa e de fortalecimento das linhas de cuidado para a garantia das práticas de saúde no território (ARAGÃO *et al.*, 2023). O PPB aumentou a necessidade da busca ativa, possibilitou conhecer melhor o perfil dos pacientes atendidos, e conseqüentemente, assistência ao paciente diabético (MARTINS; SOUZA, 2023). Embora, o número de hipertensos e diabéticos em acompanhamento pela APS esteja aquém das estimativas populacionais do território (ARAGÃO *et al.*, 2023; LINARD *et al.*, 2023; SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023).

Os resultados, no geral, sugerem a importância de investimentos em infraestrutura, recursos humanos e materiais. É imprescindível a implantação de políticas permanentes de capacitação dos servidores, baseadas em evidências científicas presentes nas unidades de saúde com e sem LIAPS, disponíveis para todos os profissionais. O compartilhamento de experiências favorece a disseminação de boas práticas. A prestação de contas periódica pelas Unidades estimula a melhoria do desempenho. E por fim, um instrumento de avaliação da qualidade do serviço prestado a população fornece um feedback para aprimoramento dos processos de trabalho. A satisfação dos usuários/servidores e a resolutividade da APS devem ser potencializadas (RANZI *et al.*, 2021).

7 CONCLUSÕES

Esse trabalho analisou a capitação financeira em USF com e sem LIAPS do município de Campo Grande. Não foi possível verificar qual grupo conseguiu o maior repasse no período avaliado, pois o financiamento do PPB depende de 4 critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, ações estratégicas e o critério populacional. Devido à inclusão do último critério ter ocorrido após o período de coleta de dados, este não foi considerado neste estudo.

Entretanto, as USF com LIAPS foram superiores em 2 (pagamento por desempenho e ações estratégicas) dos 3 critérios avaliados. Após a comparação da captação de recursos na APS do município antes e após a implantação do PPB, foi possível identificar que houve uma tendência de aumento nos repasses de custeio, considerando o período como um todo (2018 a 2022), principalmente, devido ao período de transição prolongado em virtude da pandemia de COVID-19.

Verificou-se que em 2021, período de pandemia de COVID-19, não houve diferenças estatística significativas entre as unidades de saúde com e sem LIAPS. Em 2022 as unidades LIAPS obtiveram desempenho superior às demais, com porcentagens mais relevantes no desempenho das unidades LIAPS no que se refere aos indicadores 1, 3, 5,6 e 7.

Todas as unidades apresentaram desempenho com potencial de expansão, pois ainda possuem possibilidade de aumentarem a captação de recursos. Isto ocorre principalmente com o indicador 5, que não foi atingido por nenhuma unidade de saúde do município em sua totalidade. Além disso, o cumprimento dos indicadores 6 e 7 também pode ser melhorado, implicando melhora na captação de recursos.

8 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Um dos objetivos desse trabalho foi comparar o PPB com o programa de financiamento anterior sob a ótica da captação financeira efetivamente recebida. Para que haja aperfeiçoamento contínuo da capacidade de gestão e manutenção dos serviços de saúde, em especial a ESF, é imprescindível analisar os critérios e parâmetros de captação de recursos financeiros da APS.

Em que pesem as limitações mencionadas, esta pesquisa inova ao utilizar os indicadores do PPB, política recente e com poucos estudos na área. Embora os resultados não possam ser extrapolados para outras regiões, posto que a ESF se configura de maneira específica, conforme as particularidades dos territórios, apresentamos contribuições importantes para a ampliação e compreensão sobre ações de inovação na APS e sobre o cumprimento de indicadores do PPB em uma capital brasileira.

Após avaliação foi possível verificar que no período avaliado (de 2018 a 2022) foram repassados ao município, um total de R\$ 506.824.158,51, para custeio das Unidades de saúde da família (em valores corrigidos para 2022 pelo IPCA-IBGE), com uma média mensal de R\$ 8.447.069,31. Houve uma tendência de aumento nos repasses de custeio, considerando o período como um todo, passando de R\$ 5.509.126,90 em janeiro de 2018 para R\$9.472.140,31 em dezembro de 2022 (valores corrigidos pelo IPCA – IBGE).

Foi possível entender que o programa de financiamento do Ministério da Saúde PPB, no primeiro momento, não causou desfinanciamento da Atenção Primária no município de Campo Grande-MS no período avaliado, considerando as transferências intergovernamentais do programa antecessor. Embora, seja necessários estudos qualitativos para verificar se esse aumento de recursos refletiu no aumento do acesso dos usuários aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. Serão necessários outros estudos para identificar, avaliar e monitorar as consequências do PPB e os seus impactos para o SUS e para a saúde da população a longo prazo.

Devido a Pandemia de Covid-19, o PPB não foi completamente implantado. Inicialmente, foram previstos 21 indicadores cumulativos de um ano para o seguinte,

ou seja, a cada ano, seriam incorporados sete novos indicadores. Entretanto, devido à reorganização da APS, imposta pelo enfrentamento da pandemia da Covid-19, foram instituídos apenas 7 indicadores. E mesmo assim, durante o estudo verificou-se que as Unidades não conseguiram cumprir os indicadores em sua totalidade. Por exemplo, em 2022, o indicador 5 não foi cumprido por nenhuma equipe do município. Os demais indicadores em sua maioria não foram alcançados pelas USF. Sendo assim, foi possível prever que o potencial de expansão para o critério de pagamento por desempenho pode ser aumentado significativamente desde que cumprido as metas propostas pelo PPB.

Mas, é válido ressaltar que para evitar o desfinanciamento da Atenção Primária, considerando que o aumento de indicadores dificulta o seu cumprimento, conseqüentemente, reduz o repasse financeiro do critério de pagamento por desempenho. Caso outros indicadores sejam incluídos, será necessário o aumento simultâneo do recurso financeiro destinado ao programa. O que no momento, possa não ser possível em virtude da EC 95.

Ainda, o estudo contribui com o campo da pesquisa em saúde coletiva ao propor uma metodologia que inova na análise de iniciativas como o LIAPS (variável dependente), pelo fato de comparar unidades de saúde em relação a variáveis independentes objetivas e que dialogam com a prática do que é preconizado pelo LIAPS. Assim, contribui como estratégia metodológica para pesquisas em outros contextos e traz subsídios para a formulação de políticas públicas que fomentem a implementação de ações estratégicas na ESF como as do LIAPS.

Sendo assim, esse trabalho é relevante, pois, buscou verificar a viabilidade da Estratégia Saúde da Família do município após a implantação do programa de financiamento do Ministério da Saúde e detectar que se faz necessários mais estudos que avaliem as possíveis conseqüências da implementação do PPB, pois a captação de recursos pode variar nas diferentes regiões do território em virtude da heterogeneidade existente e das estratégias municipais adotadas. Além disso, avaliou uma proposta de reestruturação da APS do município. A LIAPS revelou-se, inicialmente, promissora. Esse resultado, pode ser explicado devido ao fortalecimento dos atributos essenciais e derivados, ao planejamento, a organização e educação permanente dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. R.; VIDOR, A. C.; RIBEIRO, J. C.; RIBEIRO, C. E. P. Indicadores e Rede de Atenção: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho em Vigilância em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.19, suppl.1, p.913-922. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0826. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500913. Acesso em: 10 maio 2022.

ARAGÃO, I. R. M.; DIAS, L.A.; CARDOSO, N.C.S.; PEIXOTO, M.V.S.; SANTOS, J.M.J. Desempenho das equipes de saúde da família nos indicadores de doenças crônicas em um município do Nordeste brasileiro. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e18512139598, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i1.39598. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39598>. Acesso em: 6 ago. 2023.

ARANTES, A.; CARVALHO, E.S.; MEDEIROS, E. A. S.; FARHAT, C. K.; MANTESE, O. C. Uso de diagramas de controle na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 768-774, 2003. DOI: [10.1590/S0034-89102003000600012](https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600012). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Z5C5Hy73rxLWqxkxJ6Xwprq/>. Acesso em: 6 ago. 2023.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2022.

BINAGWAHO, A.; GHEBREYESUS, T. A. Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage. **The BMJ**, Londres, v. 365, n. June, p. 3–4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2391>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2391>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Decreto nº64.867, de 24 de julho de 1969. Institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS), vinculado ao Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D64867impressao.htm. Acesso em 05 mai. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 19 de setembro 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. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set., 1990b.

BRASIL. Decreto nº806, de 24 de abril de 1993. Reorganiza o Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde, de que tratam as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D0806impressao.htm. Acesso em 04 dez. 2022.

BRASIL. Decreto nº806, de 24 de abril de 1993. Reorganiza o Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde, de que tratam as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D0806impressao.htm. Acesso em 04 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a norma operacional básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001a. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOASSUS 01/2001. Diário Oficial da União 26 jan., 2001.

BRASIL. Decreto nº3.774, de 15 de março de 2001b. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3774impressao.htm. Acesso em 05 jan. 2023.

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. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jan., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Diário Oficial da União, Brasília, n. 183, seção 1, p. 68, 22 set. 2017a.

BRASIL, Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços

públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 dez, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019a. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 15 mai., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 13 nov., 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019c. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, n. 239, seção 1, p. 172, 11 dez. 2019.

BRASIL, Portaria nº 2.893, de 11 de novembro de 2019d. Institui 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. Diário Oficial da União, 13 nov, 2019.

BRASIL. Portaria GM N. 3.510, de 18 de dezembro de 2019e. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial Da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2019, Seção 1, p. 151.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1,602, de 26 de junho de 2020. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, n. 120, seção 1, p. 81, 25 jun. 2020a.

BRASIL, Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União, 16 abr., 2020b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da União, 27 jan., 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 985, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da União, Brasília, n. 92, seção 1, p. 124, 18 mai., 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº:2254, de 3 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 169, seção 1, p. 70, 06 set., 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento do APS. Brasília. 2021. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf ISBN XXXX. Acesso em: 20 março 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, 2022a. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200228_N_NotaTecnicaFluorBucal_5645488656394076236.pdf. Acesso em 11 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS, 2022b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220223_I_NotaTecnica11-PosCovid-SEIMS-0025421775_5849594599373249080.pdf. Acesso em 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 13/2022-SAPS/MS, 2022c. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_13.pdf. Acesso em 11 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 14/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS, 2022d. Disponível em <https://sisapsdoc.saude.gov.br/notatecnica142022-vec.pdf>. Acesso em 02 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 15/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS, 2022e. Disponível em <https://sisapsdoc.saude.gov.br/notatecnica152022-vec.pdf>. Acesso em 04 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº NOTA TECNICA Nº 16/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS, 2022f. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-16-2022-cggripe-deidt-svs-ms/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 18/2022-SAPS/MS, 2022g. Disponível em https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/02/SEI_MS-0027977094-Nota-Tecnica-18.pdf. Acesso em 01 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 22/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, 2022 h. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-22-2022-consolidacao-dos-esquemas-vacinais-da-populacao-acima-de-12-anos.pdf/view>. Acesso em 01 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 23/2022-SAPS/MS, 2022i. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_23.pdf. Acesso em 02 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. BRASIL. Portaria De Pessoal/GM/MS Nº 74, de 6 de fevereiro de 2023. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 fev. 2023, Seção 2, p. 49.

COELHO, K T R. Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde. 2022. 65 fl. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Avaliação de Políticas Públicas – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília DF.

COSEMS-RJ. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Análise da proposta de mudança na modalidade de transferência de recursos para atenção primária à saúde apresentada pelo Ministério da Saúde. Documento para discussão [Internet]. Rio de Janeiro; 2019. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/>. Acesso em: 2019 nov 26.

CORTES, F. M.; COELHO, T. C. B.; SANABRIA, C. A. P. Seguridade social na América Latina e financiamento da atenção primária de saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 10–12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v11iSup.923>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/923>. Acesso em: 6 de maio de 2021.

COSTA, N. R.; SILVA, P. R. F.; JATOBÁ, A. 8 A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 8, p. 8-20, dez 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E801. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/7819/1258>. Acesso em: 20 jul 2023.

CUNHA, A. R; VELASCO, S. R. M; HUGO, F. N; ANTUNES, J. L.F; O impacto da pandemia de Covid-19 na oferta de procedimentos odontológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde: uma perspectiva sindêmica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.24, 2021. DOI:10.1590/1980-549720210028. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vmyQh6ZyZQb57kTjhR3y3rg/abstract/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 08 fev. 2022.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Previne brasil program: The apex of threats to primary health care? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781–3786, 2021. DOI: [10.1590/1413-81232021269.2.01072020](https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 Ago, 2022.

DO CARMO, W. L. N. *et al.* Projeto “APS Forte” e os reflexos nos indicadores do previne Brasil e no processo de trabalho das equipes de atenção primária dos municípios do Estado do Amapá / “APS Forte” project and the reflections on previne Brasil indicators and on the work process . **Brazilian Journal of Development**, [S.l.], v. 8, n. 5, p. 40043–40063, 2022. DOI:10.34117/bjdv8n5-475. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/48464>. Acesso em: 10 Ago, 2022.

EGESTOR: banco de dados. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 10ago. 2023.

FILIPPON, J. *et al.* A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1–15, 2016. DOI: [10.1590/0102-311X00034716](https://doi.org/10.1590/0102-311X00034716). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YFVb9935gvSkBZrQWJGC9zN/> . Acesso em: 10 Ago, 2022.

FLEURY, S.; FAVA, V.M. D; Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 1, 2022. DOI: [10.1590/0103-11042022E117](https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117>. Acesso em: 20 set. 2023.

FNS: banco de dados do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/index.html> . Acesso em: 10 Ago, 2023.

FUNCIA, F. R. Underfunding and federal budget of SUS: Preliminary references for additional resource allocation. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, 2019. DOI: [10.1590/1413-812320182412.25892019](https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXtgLfFMj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 jul, 2023.

GEREMIA, D. S. Atenção primária à saúde em alerta: Desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1–3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300100>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103. Acesso em: 12 fev. 2022.

GOMES DOS SANTOS, C.; GUIMARÃES, A.; Busetti, I. C.; FANHANI DOS SANTOS, M. S.; WEIZEMANN, L. P.; HOFFMANN CHEFFER, M. Pré-natal tardio: motivos e intervenções de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde. **Scientific**

Electronic Archives, [S. l.], v. 16, n. 6, 2023. DOI: 10.36560/16620231727. Disponível em: <https://sea.ufr.edu.br/SEA/article/view/1727>. Acesso em: 20 set. 2023.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: Bases of the Primary Health. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, 2020. DOI:10.1590/1413-81232020254.35062019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=em> Acesso em: 12 fev. 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* Primary health care for 21st century: First results of the new financing model. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 609–617, 2022. DOI:10.1590/1413-81232022272.20172021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GqTLnsMvbLLJkLPs7sbp9sv/> Acesso em: 15 fev. 2023.

LINARD, A. G.; SILVA, A. C. G.; SANCHO, A. T.; MARQUES, J. K. de S.; MARTINS, L. S. Evaluation of the performance indicators of the Previne Brasil Program in the Massif of Baturité: Chronic Diseases. **SciELO Preprints**, [S.l.], 2023. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.6322. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322>. Acesso em: 19 sep 2023.

LOPES, S. P. A; ARAUJO, J. S; FIGUEIREDO, L. G. M; ALMEIDA, M. A; ARAÚJO, B. L. S. Financiamento da atenção básica à saúde : análise de cadastro SISAB da região nordeste. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, v. 20, p. 263–273, 2022. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol20n71.8388>. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/13+%238388__PT+k+\(1\)%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/13+%238388__PT+k+(1)%20(5).pdf). Acesso em: 02 sep 2023.

LOPES, E. F. B. Projeto VER-SUS: panorama da atenção básica e da urgência e emergência no município de Campo Grande/MS. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, [S.l.], v. 16, n. 33, p. 85–99, 2019. DOI: 10.5007/1807-0221.2019v16n33p85. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2019v16n33p85>. Acesso em: 02 sep 2023.

LUCENA, E. H.G.; LUCENA, C. D. R. X.; ALEMÁN, J. A.S.; JÚNIOR, G.A. P.; PEREIRA, A. C.; CAVALCANTI, Y. W; Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.54 , 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002075. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.202005400207.5> . Acesso em: 20 set. 2023.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9–17, 2015. DOI: DOI: 10.1590/0103-110420151040194

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413->

81232015212.23602015. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141381232016000200327&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 fev. 2022.

MARTINS, T. D.; SOUSA, M. N. A. Impactos do Programa Previne Brasil na assistência ao paciente diabético na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v.23, n.3, p. e12294, 2023. DOI: 10.25248/reas.e12294.2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12294.2023>. Acesso em: 19 sep 2023.

MASSUDA, A. Primary health care financing changes in the Brazilian health system: Advance ou setback? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020

MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 137–144, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S512. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/pt>. Acesso em: 20 mar 2022.

MOROSINI, M.; FONSECA, A.; BAPTISTA, T. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 36(9):e00040220, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00040220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar 2022.

NICOLETTI, M. A.; FARIA, T. D. M. Análise Comparativa Dos Sistemas De Saúde Brasileiro E Britânico Na Atenção Básica. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 313–327, 2017. DOI:10.14450/2318-9312.v29.e4.a2017.pp313-327. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2087>. Acesso em: 15 set 2023.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. especial 5, p. 15-28, dez., 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502> . Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/>. Acesso em: 05 jun. 2022.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018> . Acesso em: 20 set 2023.

PINTO, M. R. F.; GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. DA S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Intr@ciência Revista Científica**, [S.l.], v. 19, p. 1–9, 2020. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114101.pdf. Acesso em: 05 jun. 2022.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.

255-276, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/?lang=pt>. Acesso em: 6 de maio de 2022.

RANZI, D. V. M. ; NACHIF, M. C. A. ; SORANZ, D. R.; MARCHETI, P. M.; SANTOS, M. L. M.; CARLI, A. D. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p. 1999-2011, Jul 2022. DOI: 10.1590/1413-81232021266.02922021. Disponível em: Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n6/1999-2011/pt/>. Acesso em: 20 mar 2022.

ROSA, L. Previne Brasil : Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados Sumário. 2023. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**. [S.l.]. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_09.pdf Acesso em: 08 ago 2023.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Astos Públicos Com Saúde: **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47–61, 2018. DOI: 10.5935/0103-4014.20180005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago 2023.

SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). Departamento de Medicina Social (DMS). Centro de Informação e Informática em Saúde (CIIS). **Boletim Saúde & Gestão**. São Paulo, Ano III, n. 1, p. 2674-8878, jan. 2020. Disponível em: <https://rms.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/575/apsgestao/boletim/Boletim-Saude-e-Gestao-Indicadores-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.

SILVA, B.R.G.; CORRÊA, A.P.V; UEHARA, S.C.S.A. Organização da Atenção Primária à Saúde na pandemia de Covid-19:revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.56, p.94.2022. DOI:10.11606/s1518-8787.2022056004374. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>. Acesso em: 03 set 2023.

SILVA, W.R. S; DUARTE, P.O; FELIPE, D.A.; Sousa, F.O.S. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. e00330161, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>. Acesso em: 03 set 2023.

TASCA, R. *et al.* Laboratórios de inovação em saúde : por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, jun, Brasília. p. 2021–2030, 2021. DOI:10.1590/1413-81232018246.08672019

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 361–378, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s125>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500361. Acesso em: 08 fev 2022.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros e-SUS AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 1–13, 2019. DOI: [10.1590/0102-311X00029418](https://doi.org/10.1590/0102-311X00029418). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029418>. Acesso em: 20 set 2022.

TOSO, B. R. G. O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, jan/fev, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/00347167.2016690124i>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GjCTbGM3FrjhDLXYsRMZxYF/?lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2022.

VON ELM, E.; ALTMAN, D.G.; EGGER, M.; POCOCK, S.J; GØTZSCHE, P.C.; VANDENBROUCKE J.P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, Nova York, v.61, p. 344–9. 2008.

0071/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Joyce Minami, inscrito (a) no CPF/MF sob 1199151, nº0098, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 1546061-4, residente e domiciliado (a) à Rua Sudão, Nº 173, Bairro: Jardim Batistão, nesta Capital, telefone nº. (67) 99263-4559, pesquisador (a) do Curso de Mestrado em Saúde da Família, do Instituto Integrado de Saúde (INISA) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) com o título do Projeto de Pesquisa: "Avaliação do Cumprimento de Indicadores e de Captação de Recursos Financeiros em Unidades de Saúde da Família de Campo Grande (MS) Participantes e não Participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde", orientado (a) pelo Professor Alessandro Diogo De Carli, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 902642070-68, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 1050647435, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Canxin, Nº. 38, Bairro: Damha 3, nesta cidade, telefone nº. 67.981236797, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Mestrado em Saúde da Família, do Instituto Integrado de Saúde (INISA) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretana.

Campo Grande - MS, 28 de julho de 2022.

Joyce Minami
Joyce Minami
Otorrinolaringologista
Saúde Coletiva
CRO-MS 4235

Pesquisador (a)

Alessandro Diogo De Carli
Alessandro Diogo De Carli
Professor
CRO-MS 4235


Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Manoel Roberto dos Santos

Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B – Termo de Parceria para a pesquisa na área da Saúde

0071/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Joyce Almeida
Cirurgião Dentista
Saúde Coletiva
CRO-MS 4235

Pesquisador (a)

Campo Grande - MS, 28 de julho de 2022.

[Assinatura]
Orientador(a)

[Assinatura]
Mangel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadora-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO C – Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Avaliação do cumprimento de indicadores e de captação de recursos financeiros em Unidades de Saúde da Família de Campo Grande (MS) participantes e não participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde

Nome do Pesquisador: Joyce Minami

Bases de dados a serem utilizados:

Serão utilizados dados secundários provenientes de informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS (SESAU), do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (e-SUS), da plataforma E-GESTOR e do Fundo Nacional de Saúde, além de informações de domínio público fornecidas pelo IBGE, plataforma do CONAS e do CONASSEMS, Portal Transparência Federal, Estadual e Municipal.

Como pesquisadora supra qualificada, comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154


Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) ___24/08/2022



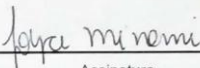
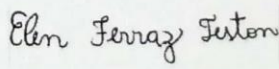
Joyce Minami
Pesquisador Responsável

ANEXO D - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE INDICADORES E DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE (MS) PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 58			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: JOYCE MINAMI			
6. CPF: 009.811.991-51		7. Endereço (Rua, n.º): SUDAO JARDIM BATISTAO 173 CAMPO GRANDE MATO GROSSO DO SUL 79094290	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 67992634559	10. Outro Telefone:
11. Email: joyceminami@gmail.com			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 26 / 10 / 22		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: INISA
15. Telefone: (67) 3345-7000		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: Elen Ferraz Teston		CPF: 00934555931	
Cargo/Função: Diretora do Instituto, substituta		 Assinatura	
Data: 17 / 10 / 2022			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO E - TERMO DE JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DO TCLE

Termo de Justificativa de Ausência do TCLE

Título da Pesquisa: Avaliação do cumprimento de indicadores e de captação de recursos financeiros em Unidades de Saúde da Família de Campo Grande (MS) participantes e não participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde

Nome do Pesquisador: Joyce Minami

Na presente pesquisa não serão realizadas entrevistas, acesso ou revisão de prontuários, necessidade de identificação de pacientes ou qualquer outro meio direto de acesso aos usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) participantes desse estudo. **NÃO SERÃO UTILIZADOS DADOS PRIMÁRIOS**, ou seja, não terão intervenções diretas em indivíduos neste estudo. Serão utilizados dados secundários provenientes de informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS (SESAU), do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (e-SUS), da plataforma E-GESTOR e do Fundo Nacional de Saúde, além de informações de domínio público fornecidas pelo IBGE, plataforma do CONAS e do CONASSEMS, Portal Transparência Federal, Estadual e Municipal contendo o quantitativo de procedimentos e o respectivo repasse financeiro de 58 Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Campo Grande-MS.

Campo Grande (MS), 24/08/2022


Joyce Minami
Pesquisador Responsável

APÊNDICE A –Lista dos 7 indicadores do Programa Previne Brasil.

ind1	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação
ind2	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
ind3	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
ind4	Cobertura de exame citopatológico
ind5	Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente
ind6	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre
ind7	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

