

AVALIAÇÃO DA FORMULAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde

Kellen Tenuta Ribeiro Coelho

Carlos Augusto de Melo Ferraz

Coletânea de Pós-Graduação, v.5, n.1
Políticas Públicas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

MINISTROS

José Mucio Monteiro (Presidente)

Ana Arraes (Vice-presidente)

Walton Alencar Rodrigues

Benjamin Zymler

Augusto Nardes

Aroldo Cedraz de Oliveira

Raimundo Carreiro

Bruno Dantas

Vital do Rêgo

MINISTROS-SUBSTITUTOS

Augusto Sherman Cavalcanti

Marcos Bemquerer Costa

André Luís de Carvalho

Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Cristina Machado da Costa e Silva (Procuradora-Geral)

Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-geral)

Paulo Soares Bugarin (Subprocurador-geral)

Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)

Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)

Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)

Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)



Instituto Serzedello Corrêa
Escola Superior do Tribunal de Contas da União

DIRETOR GERAL

Fábio Henrique Granja e Barros

**DIRETORA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS,
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Flávia Lacerda Franco Melo Oliveira

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Clémens Soares dos Santos

CONSELHO ACADÊMICO

Maria Camila de Ávila Dourado

Tiago Alves de Gouveia Lins Dutra

Marcelo da Silva Sousa

Rafael Silveira e Silva

Pedro Paulo de Moraes

COORDENADOR ACADÊMICO

Tiago Alves de Gouveia Lins Dutra

COORDENADOR EXECUTIVO

Georges Marcel de Azeredo Silva

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Núcleo de Comunicação - NCOM/ISC

Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil

O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde

Kellen Tenuta Ribeiro Coelho

Monografia de conclusão de curso submetida ao Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista.

Orientador(a):

Carlos Augusto de Melo Ferraz

Banca examinadora:

Marcos Araújo Mortoni Silva

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

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

CESSÃO DE DIREITOS

NOME DO(A) AUTOR(A): Kellen Tenuta Ribeiro Coelho
TÍTULO: Avaliação do Programa Previne Brasil
GRAU/ANO: Especialista/ANO

É concedido ao Instituto Serzedello Corrêa (ISC) permissão para reproduzir cópias deste Trabalho de Conclusão de Curso e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. Do mesmo modo, o ISC tem permissão para divulgar este documento em biblioteca virtual, em formato que permita o acesso via redes de comunicação e a reprodução de cópias, desde que protegida a integridade do conteúdo dessas cópias e proibido o acesso a partes isoladas desse conteúdo. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Kellen Tenuta Ribeiro Coelho
kellentenuta@gmail.com

FICHA CATALOGRÁFICA

<p>Coelho, Kellen Tenuta Ribeiro Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: o novo modelo de financiamento da Atenção Primária a Saúde / Kellen Tenuta Ribeiro Coelho; orientador, Carlos Augusto de Melo Ferraz, 2020. 65 p. Monografia (especialização) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Curso de Especialização em Avaliação de Políticas Públicas, Brasília, 2020. Inclui referências. 1.Administração. Ciências Políticas. Financiamento da Saúde. I. Ferraz, Carlos Augusto de Melo. II. Instituto Serzedello Correa. Especialização em Avaliação de Políticas Públicas. III. Título.</p>

Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil

O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde

Kellen Tenuta Ribeiro Coelho

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação lato sensu em Avaliação de Políticas Públicas realizado pela Escola Superior do Tribunal de Contas da União como requisito para a obtenção do título de especialista.

Brasília, 27 de agosto de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Carlos Augusto de Melo Ferraz
Orientador

Prof. Me. Marcos Araújo Mortoni Silva
Examinador

Resumo

O Sistema Único de Saúde tem enfrentado diversos desafios desde sua criação nos anos 90. Vários problemas se colocaram para sua operacionalização. Destaca-se entre eles o financiamento da saúde. O financiamento da Atenção Básica no Brasil é de responsabilidade da união, estados e municípios. Os recursos são destinados aos municípios, uma vez que cabe a estes entes a gestão e execução das ações e serviços da Atenção Básica, organizados por meio da Estratégia de Saúde da Família. Nacionalmente, a cobertura estimada de equipes de Saúde da Família alcançou 64% em 2019, cobrindo potencialmente cerca de 140 milhões de brasileiros, com base nos números de equipes e capacidade de cobertura. Entretanto, levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, identificou que somente 90 milhões de brasileiros estavam efetivamente cadastrados e assim atendidos pela APS, evidenciando um problema relacionado a eficiência técnica. Esta percepção também foi suportada por outros estudos, em especial, do Banco Mundial que demonstrou oportunidade de aumento da eficiência, com reflexos positivos na eficiência da Média e Alta Complexidade, contribuindo para a sustentabilidade do SUS. De forma a enfrentar este problema, foi instituído o Programa Previnde Brasil, estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da APS pela União, considerando componentes de capitação ponderada, desempenho e incentivos a ações estratégicas. A avaliação das principais etapas da formulação permitiu identificar boas práticas adotadas pelo MS, assim como falhas em seu processo de formulação que podem comprometer o alcance de seus objetivos. O trabalho provê um conjunto de riscos que devidamente mitigados, representam oportunidade de aperfeiçoamento do programa para geração dos resultados e impactos esperados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Previnde Brasil; Financiamento da saúde.

Abstract

The health system in Brazil has faced several challenges since its creation in the 1990s. Several problems have arisen for its operationalization. Health financing stands out among them. Funding for Primary Health Care is provided by all federal entities. The resources are destined to the municipalities, since it is up to these entities to manage and execute the actions and services of Primary Care, organized through the Family Health Strategy. Family health teams, made up of multifunctional specialties, have expanded coverage over the last few decades, especially in smaller municipalities. Nationally, the estimated coverage of Family Health teams reached 64% in 2019, potentially covering about 140 million Brazilians, based on the numbers of teams and coverage capacity. However, a survey carried out by the Ministry of Health, identified that only 90 million Brazilians were actually registered and thus attended by the PHC, showing a problem related to technical efficiency. This perception was also supported by other studies, in particular, by the World Bank, which demonstrated an opportunity to increase efficiency, with positive effects on the efficiency of Medium and High Complexity, contributing to the sustainability of SUS. In order to face this problem, the Previner Brasil Program was instituted, establishing a new financing model for PHC funding by the Union, considering components of weighted capitation, performance and incentives for strategic actions. The evaluation of the main stages of the formulation allowed to identify good practices adopted by the Ministry of Health, as well as flaws in its formulation process that can compromise the achievement of its objectives. The work provides a set of risks that, properly mitigated, represent an opportunity to improve the program to generate the expected results and impacts.

Keywords: Primary Health Care; Previner Brasil; Health financing

Lista de figuras

Figura 1 – Racionalidade no ciclo de politica pública	26
Figura 2 – Etapas do modelo lógico	45
Figura 3 – Expectativa de Orçamento APS até 2022	50

Lista de quadros

Quadro 1 – Modelo DEA: Atenção primária, VRS-O (ND).....	30
Quadro 2 – Relação entre objetivos, indicadores e metas	37
Quadro 3 – Capitação – Valor per capita/ano	41
Quadro 4 – Comparativo entre os Modelos de Financiamento da APS	43

Lista de tabelas

Tabela 1 – Metas de cadastro por equipe e município	36
Tabela 2 – Capitação – per capita/ano	38

Lista de abreviaturas e siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificadas
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica (Ministério da Saúde)
DEA	Análise por Envoltória de Dados
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSB	Equipe Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde (Ministério da Saúde)
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAB	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OSS	Organizações Sociais de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PAB	Piso da Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Ministério da Saúde)
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de informação sobre mortalidade
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. Introdução	14
2. Problema e justificativa	17
2.1. Bases conceituais e históricas da Atenção Primária à Saúde.....	18
2.2. Financiamento do SUS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	20
3. Objetivos.....	23
3.1. Objetivo geral	22
3.2. Objetivos específicos	23
4. Metodologia.....	23
5. Fundamentação teórica	26
6. Avaliação das etapas de elaboração do Programa Previne Brasil.....	28
6.1. Diagnóstico do Problema.....	28
6.2. Identificação e escolha de alternativas de intervenção.....	32
6.3. Objetivos, ações e resultados esperados.....	35
6.4. Desenho da Programa: Modelo Lógico.....	39
6.5. Implantação do Programa.....	47
6.6. Impacto orçamentário e financeiro.....	49
6.6 Monitoramento, avaliação e controle.....	51
7. Considerações finais	52
Referências bibliográficas.....	58
Apêndice A – Árvore de Problemas.....	61
Apêndice B – Modelo Lógico.....	62
Apêndice C – Matriz de Riscos.....	64

1. Introdução

A Constituição brasileira de 1988 estabeleceu as bases para o atual modelo de assistência pública à saúde instituindo o princípio de universalidade, a descentralização a municípios e um novo formato de organização dos serviços de saúde, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade compartilhada entre gestores públicos das esferas federais, estaduais e municipais.

Para concretização e operacionalização dos dispositivos constitucionais foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8080/1990, que engloba o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

A porta de entrada para o sistema de saúde é a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária a Saúde (APS), que engloba o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB, BRASIL, 2017a).

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é tripartite, isto é, de responsabilidade da união, estados, municípios e Distrito Federal. A união repassa os recursos financeiros para custeio da APS aos municípios em conta aberta especificamente para este fim. Tais transferências destinam-se a custear ações e serviços de saúde, visto que cabe aos municípios a gestão e execução das ações e serviços da Atenção Básica.

Em 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, referente aos recursos financeiros transferidos pela União aos municípios a partir de 2020. O objetivo do programa, segundo seus idealizadores, é ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS no país, baseado nas melhores

experiências de qualidade da APS no mundo, dentro de sistemas universais de saúde. É um modelo de financiamento misto, que tem a pretensão de equilibrar valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), informatização (Informatiza-APS) e formação de especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional (Harzheim *et al*, 2020)

Para alcançar dos resultados pretendidos pelo programa, diversos fatores devem ser observados ainda nas etapas de sua formulação. Infelizmente, no Brasil, ainda são poucas políticas, programas e projetos que desenvolvem as etapas necessárias para formulação de uma política pública de forma a diagnosticar adequadamente o problema público, assim como as ações e recursos necessárias para resolvê-lo ou mitigá-lo. Além disso, deve-se avaliar precocemente a melhor alternativa de intervenção considerando o custo-benefício e o custo-efetividade da implantação ou reformulação de políticas já existentes. Também se observa carência de indicadores de desempenho que impossibilite o adequado monitoramento, avaliação e controle. Em muito caso, sequer existem evidências de que o problema exista e a sua relação com os objetivos propostos. Como consequência, muitas intervenções estatais não geram os resultados pretendidos causando desperdício de recursos públicos, em razão de falhas no processo de diagnóstico, de planejamento, do estabelecimento de diretrizes, assim como no desenho inapropriado da política pública.

É neste contexto que a avaliação de programas e políticas públicas, desde seu nascedouro, torna-se essencial para aumentar a racionalidade no processo de decisão do gestor frente a relevância da Atenção Primária a Saúde a conquista do direito universal à saúde, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do direito a saúde. Como política nacional, apoia a organização sistêmica em resposta às diversas necessidades de saúde das populações. Neste sentido o programa aqui analisado altera um dos pontos mais sensíveis da Política Nacional da Atenção Básica, o seu financiamento.

Desta forma, este trabalho tem como escopo a avaliação dos aspectos técnicos que embasaram a formulação do Programa Previne Brasil, adotando-se como premissa que quão melhor for a formulação de uma política pública maiores

serão suas chances de sucesso, revertendo-se em maiores benefícios para a sociedade, assim como na otimização dos recursos públicos.

2. Problema e justificativa

2.1. Bases conceituais e históricas da Atenção Primária à Saúde

O SUS tem enfrentado diversos desafios desde sua criação nos anos 90. Vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais. Na mesma década, o Brasil passou por mudanças significativas em seu perfil demográfico com declínio de crescimento populacional e da taxa de fecundidade. A tendência detectada para as próximas décadas foi de crescimento nulo, ou até negativo, para os grupos etários mais jovens, crescimento decrescente para as faixas de idade adulta, e taxas crescentes para o grupo de terceira idade. Esse novo perfil incidiu de forma bastante aguda na saúde, tendo em vista que exigiu e exige, cada vez mais, ações voltadas para a idade adulta e para a terceira idade, sabidamente de maiores custos. (Viana e Dal Poz, 1998)

Do ponto de vista epidemiológico, segundo Patarra:

“[...] os especialistas em saúde pública denominaram transição epidemiológica a evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados pela alta prevalência de mortalidade por doenças infecciosas, para um estado em que passam a predominar doenças não-infecciosas (ou também crônico-degenerativas); por tratar-se de enfermidades de longa duração, acumulam-se na população, ocorrendo uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade” (PATARRA, 1995)²

No entanto, o quadro de transição epidemiológica encontrado em países periféricos, em especial na América Latina, é mais complexo: na medida em que persistem os padrões relacionados a doenças infecto-contagiosas, elevam-se as chamadas crônico-degenerativas¹, além do crescimento das causas externas

¹ VIANA, A L D and DAL POZ, M R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* [online]. 1998, vol.8, n.2, pp.11-48.

(homicídios, acidentes etc.). Tais mudanças alteraram significativamente a demanda por serviços de saúde, e exigem a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções.

Neste contexto, foi criado o programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em 1991 para atender as áreas mais pobres do nordeste do Brasil, seguido pelo programa de saúde da família em 1994, que estabeleceu padrões para o número de funcionários das equipes de saúde da família, incluindo um clínico geral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, que prestam serviços agudos, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de doenças crônicas e serviços materno-infantil. As equipes de saúde da família tornaram-se o núcleo da APS no SUS, com grande expansão nos anos subsequentes.

O programa de saúde da família foi renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) para refletir seu importante papel no sistema público de saúde, e em 2007, foram criadas especialidades multiprofissionais, conhecidas como equipes de apoio à saúde da família, para apoiar as equipes de APS. Evidências sugerem que a expansão da ESF melhorou a saúde da população, com reduções na morbimortalidade. No entanto, as disparidades na cobertura da ESF permanecem entre os grupos de renda e geográficos (Castro M C *et al*, 2019).

O cadastro do Cidadão na APS compõe uma das ações realizadas pelas ESF. A partir do cadastro obtém-se o reconhecimento da população adscrita à equipe e Unidade de Atenção Primária, subsidiando o planejamento dos profissionais e gestores nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos sob sua responsabilidade. Portanto, não é considerado pessoas cadastradas quem tem vinculação à alguma equipe.

Ao longo das últimas décadas, a Estratégia de Saúde da Família ampliou sua cobertura, principalmente nos municípios de menor porte populacional. Nacionalmente, a cobertura estimada de equipes de Saúde da Família (eSF) alcançou 64% em 2019, cobrindo potencialmente cerca de 140 milhões de brasileiros (Ministério da Saúde, 2019). A cobertura estimada é verificada a partir do cálculo do quantitativo de equipes credenciadas, implantadas e cadastradas multiplicado por 3.450 pessoas, referente a capacidade de cobertura de cada eSF.

Apesar do relevante papel da Atenção Básica, somente em 2006, foi instituída a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, pelo Ministério da Saúde (MS). A Portaria GM/MS 2.436, de 21/9/2017 aprovou 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). Essa portaria substitui a Portaria GM/MS 2.488, de 21/10/2011.

A PNAB vigente, além do reconhecimento de outros formatos de equipes que não a Equipe de Saúde da Família (eSF), inclusive para fins de financiamento, trouxe, entre outras, as seguintes mudanças: a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população; construção da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliadas da Atenção Básica; retorno da obrigatoriedade da carga horária de 40 horas para todos profissionais da Estratégia Saúde da Família, inclusive médicos; e inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

O TCU, ao avaliar a nova PNAB, identificou falhas em seu processo de elaboração, que levou aquele tribunal a recomendar ao Ministério da Saúde que, nas próximas formulações/reformulações de políticas públicas de saúde, realizasse análises técnicas que embasassem a definição do problema a ser enfrentado, a definição de objetivos, as alternativas existentes ao modelo adotado, a abordagem de custos utilizada (custo-benefício ou custo-efetividade) e a método de mensuração dos resultados, de modo evidenciar e dar transparência às alterações e escolhas efetuadas, observando diretrizes tais como as da publicação “Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise Ex Ante”, do Governo Federal. (Acórdão Nº 2776/2019 – TCU – Plenário)

2.2. Financiamento do SUS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil

As regras para o financiamento do sistema de saúde no Brasil vêm passando por diversas alterações desde a Constituição Federal de 1988, tanto em

relação a previsão de aplicação de valores mínimos por cada esfera de governo, quanto em relação ao estabelecimento das fontes de recursos.

Destas alterações, a que deve representar o maior impacto no financiamento do SUS, pela União, é a Emenda Constitucional 95/2017, a qual limita por 20 anos os gastos federais que passar a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e, no caso da saúde, não mais pelo crescimento da Receita Corrente Líquida (RCL) estabelecida pela Emenda Constitucional 29/2000. Isto implica em uma tendência de redução dos valores disponíveis para o financiamento da Saúde por parte da União, e um aumento da participação do financiamento de estados e municípios, uma vez que a regra se mantém para os demais entes. Os estados devem aplicar, no mínimo, 12% da sua RCL, e municípios; 15% , de acordo com a Lei Complementar 141/2012, que define para fins de cumprimento do mínimo constitucional quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde, estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Outra importante alteração nas regras de financiamento e transferências federais foram trazidas pela Portaria do Ministério da Saúde, de n. 3.992/2017. Como principal mudança, o normativo estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais entes federados na modalidade fundo a fundo, passariam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. A mencionada portaria estabeleceu cinco principais grupos de gastos relacionados ao custeio das ações e serviços públicos de saúde: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

O grupo de gastos da Atenção Básica inclui ações desenvolvidas para atender as demandas básicas de saúde, tais como divulgação de medidas de higiene, acompanhamento domiciliar das condições de saúde da população de baixa renda e outras medidas e ações preventivas ou curativas.

Até 31 de dezembro de 2019, o financiamento de custeio da Atenção Primária era composto pelos PAB Fixo e PAB Variável. O PAB Fixo era obtido multiplicando a população residente do município pelo valor per capita que variava entre R\$ 23 e R\$ 28. Para esse cálculo, era usada a estimativa populacional de 2016 do IBGE e a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com os seguintes indicadores: PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. O valor do PAB Variável dependia de credenciamento e implantação de estratégias e programas, tais como Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Resumidamente, o financiamento do PAB era baseado na lógica per capita populacional e por adesão de estratégias.

Já o novo modelo de financiamento de custeio da APS é um modelo misto de pagamento focado no alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Considerando a alteração no modelo de financiamento da atenção básica e as fragilidades no processo de formulação de políticas públicas pelo Ministério da Saúde, é necessário avaliar se o processo de formulação do Programa Previner Brasil se baseou em evidências desde seu nascedouro, de maneira que as alterações promovidas pelo novo modelo de financiamento da APS represente a melhor alternativa de intervenção para o aprimoramento dos modelos anteriores, com potencial de trazer maior benefício à população dependente do SUS, de forma sustentável.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é avaliar se a formulação do Programa Previne Brasil, que instituiu o novo modelo de financiamento da atenção primária, foi baseado em evidências e adotou as melhores práticas de formulação e governança de políticas públicas em âmbito nacional e internacional.

3.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos estão relacionados a execução da análise Ex Ante necessária a prévia implantação de uma política pública:

- a) Avaliar se problema a qual o programa Previne Brasil se destina a resolver foi adequadamente caracterizado com base em evidências.
- b) Avaliar se foram levantadas e analisada alternativas viáveis para solucionar o problema detectado
- c) Analisar se o programa foi adequadamente desenhado, de acordo com seu modelo lógico e estratégia de implantação para solução do problema o qual o programa visa solucionar.
- d) Avaliar se foram realizadas a estimativas de custo total do programa, de forma a subsidiar análise de viabilidade de sua implementação
- e) Avaliar se o sistema de monitoramento e avaliação está adequadamente estruturado para produzir informações com vistas a retroalimentar os processos decisórios de forma a favorecer o aprendizado e o aperfeiçoamento das ações para o alcance de resultados.

4. Metodologia

Será apresentado neste trabalho avaliação qualitativa do processo de elaboração do Programa do Ministério da Saúde, sem prejuízo da utilização de análises de evidências quantitativas utilizadas pelo Ministério da Saúde para justificativa da Programa.

Para o alcance dos objetivos pretendidos foram realizados estudos avaliativos de dados extraídos diretamente de e-gestor AB e IBGE e, indiretamente por dados compilados pelo Ministério da Saúde, extraídos dos sistemas informacionais do SUS, como o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica(SISAB) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Também foi adotada a revisão bibliográfica dos conceitos relevantes de Atenção Primária a Saúde e seu financiamento, assim como a análise crítica dos normativos que disciplinam o novo modelo proposto e artigos publicados pela equipe do Ministério da Saúde versando sobre seu processo de elaboração, que serão citados ao longo do trabalho.

A primeira parte do trabalho foi dedicado a revisão da literatura sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e aos modelos de financiamento usados no Brasil e em outros países. Foi realizada a coleta indireta de dados por meio de pesquisa documental abrangendo artigos acadêmicos, normas legais e infralegais, relatórios de auditoria do Tribunal de Contas da União e dos Tribunais de Contas Estaduais, estudos e notas técnicas produzidos pelo Ministério da Saúde e entidades nacionais e internacionais que são referências em Saúde Pública. Também foram levantados dados orçamentários e financeiros da função saúde.

Na segunda parte do trabalho foram avaliados a adequação dos estudos, notas técnicas e normativos que estabeleceram o programa em comparação as melhores práticas de formulação e governança de políticas públicas. Foram utilizadas as técnicas de árvore de problema matriz do modelo lógico.

A terceira parte do trabalho se dedicou a construir inventário de riscos do programa. Para tanto, foi construída Matriz de Riscos a fim de identificar e avaliar os principais riscos para concretização dos objetivos do Programa Previne Brasil, de forma a apontar oportunidades de melhoria tendo como referência as melhores práticas de formulação e governança de políticas públicas em âmbito nacional e internacional adotadas no Manual de Avaliação de Políticas Públicas (Guia Prático de

Análise Ex Ante); Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU e “The Green Book”, guia elaborado pela Secretaria do Tesouro da Grã-Bretanha.

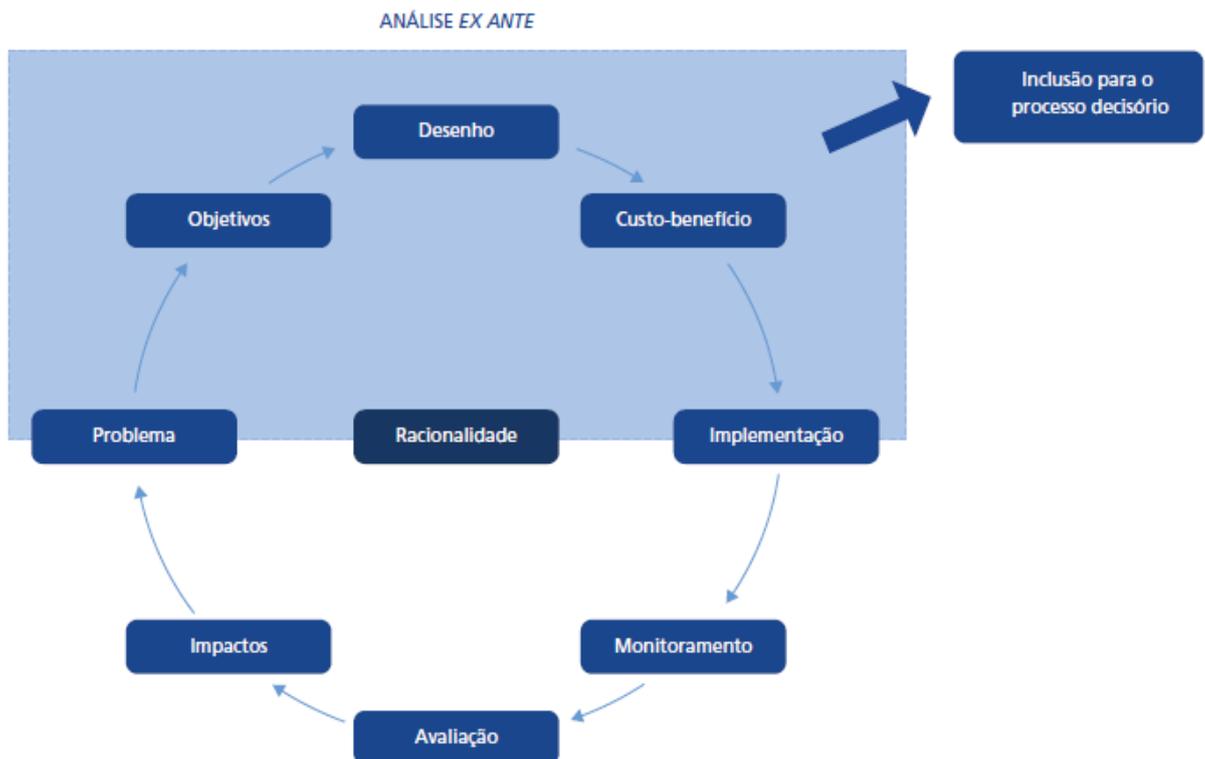
5. Fundamentação teórica

A literatura especializada apresenta diversas definições para a avaliação de programas. Neste trabalho, será adotado a definição de Jannuzzi:

A avaliação refere-se ao conjunto de procedimentos técnicos para produzir informação e conhecimento, em perspectiva interdisciplinar, para desenho ex-ante (prévio), implementação e validação ex-post (posterior) de programas e projetos sociais, por meio das diferentes abordagens metodológicas da pesquisa social, com a finalidade de garantir o cumprimento dos objetivos de programas e projetos (eficácia), seus impactos mais abrangentes em outras dimensões sociais, ou seja, para além dos públicos-alvo atendidos (efetividade) e a custos condizentes com a escala e complexidade da intervenção (eficiência) (JANNUZZI, 2014).

O foco deste trabalho está na avaliação da formulação do programa realizada previamente a sua implementação ou análise *ex ante*. O fundamento da análise *ex ante* é orientar a decisão para que ela recaia sobre a alternativa de intervenção mais efetiva, eficaz e eficiente. Ela deve ser usada nas propostas de criação, de expansão ou de aperfeiçoamento de políticas públicas, tornando-as menos intuitivas e mais racionais.

Figura 1 – Racionalidade no ciclo de política pública



Fonte: Manual de análise ex ante

Dentre os critérios e parâmetros utilizados para realização da avaliação estão os listados no Manual de Avaliação de Políticas Públicas (Guia Prático de Análise Ex Ante), que resultou das discussões técnicas coordenadas pela Casa Civil da Presidência da República e em parceria com o Ministério da Fazenda, a CGU e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), para a elaboração de guia de orientação de melhores práticas no governo federal para a análise *ex ante* de políticas públicas, que tem como objetivo comum fortalecer a disseminação das práticas de avaliação de políticas públicas nos ministérios, órgãos, fundos e demais entidades do Poder Executivo federal. O manual detalha boas práticas utilizadas na elaboração de uma política pública:

Na análise *ex ante*, partindo-se da identificação e caracterização de um problema que demandaria intervenção do Estado, é necessário que sejam estabelecidos objetivos claros para a ação governamental, bem como um desenho que efetivamente permita alcançá-los, considerando, por exemplo, os incentivos dos agentes envolvidos. Antes de implementar a ação governamental, precisa-se estimar os custos e os benefícios esperados, ainda que essa análise possa ser ponderada por fatores de difícil mensuração. Essa relação de custo-benefício deve ser apresentada aos tomadores de decisão e estar transparente para a sociedade como um todo. A qualidade das informações obtidas e das decisões tomadas na análise *ex ante* afeta sobremaneira o desenvolvimento do ciclo da política pública, afetando o nível de desenvolvimento e a qualidade da política pública executada. (BRASIL, 2018)

Este também utilizou como referência o “The Green Book”, guia elaborado pela Secretaria do Tesouro da Grã-Bretanha acerca da avaliação de políticas, programas e projetos, com o propósito de fornecer orientações quanto à formulação e ao emprego do monitoramento prévio, concomitante e posterior.

Também foram considerados, para avaliação do programa, os ensinamentos trazidos pelo Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU, que se propõe a orientar as ações de controle externo e de controle interno com vistas a contribuir para a formação de um ambiente mais seguro e favorável para que as políticas públicas apresentem resultados efetivamente transformadores, à altura das expectativas da sociedade e da carga tributária por ela suportada.

O estudo aqui apresentado não tem como objetivo realizar a análise *ex ante* do programa, e sim avaliar se as principais etapas de formulação do programa foram embasadas em evidências e se estão aderentes aos padrões listados anteriormente, de forma a ampliar a possibilidade de alcance do objetivo e otimização dos recursos em benefícios da sociedade.

6. Avaliação das etapas de elaboração do Programa Previne Brasil

Inicialmente, será apresentada uma síntese das informações e dados sobre o Programa Brasil disponibilizados pelo Ministério da Saúde, assim como de artigos publicados por integrantes da equipe que trabalharam na formulação do Programa Previne Brasil, que refletem sua análise Ex Ante e as evidências que as suportam, contemplando o diagnóstico do problema; a avaliação das alternativas de intervenção; os objetivos, ações, resultados e o modelo lógico; a estratégia de implantação; o impacto financeiro e orçamentário; o monitoramento, avaliação e controle. Em seguida, será realizada a avaliação crítica do processo de formulação e de suas evidências e principais riscos associados a cada etapa de formulação do programa.

6.1. Diagnóstico do Problema

No início de 2019, existiam 43 mil Equipes de Saúde da Família com capacidade de atendimento à 140 milhões de pessoas. Estas pessoas deveriam ser acompanhadas pelos serviços de saúde da Atenção Primária, que cuidam dos problemas mais frequentes dos brasileiros, como diabetes e hipertensão através de consultas médicas, exames e vacinação. Entretanto, a cobertura estimada não tem refletido a cobertura real da eSF quanto ao acesso e vinculação da população às referidas equipes. Evidências obtidas a partir de verificação realizada nos Sistema de Informação do SUS, demonstram que atualmente somente cerca de 90 milhões de pessoas estão cadastradas a uma eSF ou eAP. Estes dados são oriundos dos sistemas da estratégia SISAB: Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), além de sistemas terceiros através da tecnologia apache THRIFT utilizados para o registro eletrônico das pessoas cadastradas pelas Secretarias Municipais de Saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Dessa forma, 50 milhões de pessoas não estariam amparadas por nenhuma equipe de saúde da Atenção Primária. Além disso, evidências demonstram que neste grupo de excluídos, encontram-se 30 milhões de brasileiros mais carentes, que recebem benefícios sociais ou que ganham até dois salários mínimos de aposentadoria e que, portanto, só contam com o SUS para cuidar da sua saúde. Tais

informações foram obtidas, pelo Ministério da Saúde, por meio de cruzamento de dados dos cadastros do SUS com a base de dados do INSS, para verificação das pessoas que recebem o BPC e benefícios previdenciários até dois salários mínimos, enquanto os beneficiários do bolsa família foram identificados por meio de cruzamento de dados como os bancos de dados do Ministério da Cidadania (Ministério da Saúde, 2019).

A causa para este problema, declarada pela recém instalada Secretaria de Atenção Primária à Saúde, estaria relacionada as equipes de eSF e eAP, atualmente implantadas pelas gestões municipais que não investem esforços para a busca ativa de pessoas excluídas dos serviços de APS. A população, sem conhecer os serviços de APS de referência, acabam acessando as portas de urgência para tratar de questões que poderiam ser mais bem tratadas e com maior resolutividade pela APS que possui o foco na prevenção da doença (Harzheim *et al.*, 2020)

A justificativa para o governo federal intervir nas causas desse problema, foram fundamentadas em estudos do Banco Mundial (Banco Mundial, 2019)), que apontam que há espaço para o SUS melhorar seus resultados com o nível atual de gasto público. Por meio de técnica de fronteira de produção, o estudo estimou o nível de eficiência da atenção primária à saúde (APS) em 63%. A partir desses resultados, estimou-se que existe uma folga (ou desperdício) anual de aproximadamente R\$ 9,3 bilhões apenas na APS, somando os três níveis de governo. Esses resultados indicam a necessidade de buscar melhor uso dos recursos existentes, particularmente em um ambiente de relativo subfinanciamento. O mesmo estudo aponta, sobre a eficiência do SUS, uma correlação positiva entre a eficiência da APS e a da MAC, correlação esta que é mais forte quanto mais eficiente é a APS. Isto mostra o grande potencial da APS para melhorar o desempenho do sistema mesmo com os atuais arranjos institucionais e de prestação de serviços, e o potencial que uma APS mais forte e integrada terá para a sustentabilidade do SUS. Segundo os dados apresentados, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) cobre aproximadamente 65% da população brasileira; a análise de eficiência mostra que, quanto mais ampla a cobertura, mais eficiente será a APS (de 0,57 nos municípios com até 20% de cobertura a 0,65 nos municípios com mais de 80% de cobertura). A extensão da APS a 100% resultaria em ganhos de

eficiência de pelo menos 0,03% do PIB. O quadro seguinte apresenta os insumos, produtos e variáveis utilizados para melhor compreensão da análise DEA.

Quadro 1 – Modelo DEA: Atenção primária, VRS-O (ND)

Nível de Atenção		Variáveis	Fontes de Dados
Atenção Primária	Insumos	Gasto público Total na APS (sub-função 301)	SIOPS
	Produtos	Número de mortes por causas evitáveis, 0-4	SIM
		Número de mortes por causas evitáveis. 5-75 anos	SIM
		Número de doses administradas das vacinas tetra ou pentavalente	SI - PNI
		Cobertura da APS (número de pessoas cadastradas)	SIAB
		Número de consultas na APS (todos os profissionais exceto médicos)	SAI/SUS
		Número de consultas na APS (por médicos)	SAI/SUS
	Variáveis não-discricionárias	PIB per capita	IBGE – Censo 2010
		Taxa de analfabetismo	IBGE – Censo 2010

Fonte: Banco Mundial, .

Outros estudos demonstram que APS é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade, com uso de densidade tecnológica adequada e evitando intervenções desnecessárias, garantindo maior segurança ao paciente. A APS, quando organizada sob a lógica de seus atributos, proporciona um impacto positivo na saúde da população, como por exemplo, maior e melhor acesso aos serviços; maior qualidade do atendimento; maior enfoque preventivo; diagnóstico e tratamento precoces de problemas de saúde; e redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais (STARFIELD, 2005).

Ao avaliar o diagnóstico do problema apresentado pelo formulador do programa, conclui-se que o problema principal está relacionado ao expressivo número de

brasileiros que não são assistidos pelas eSF, apesar da existência de capacidade de atendimento. Deste modo, trata-se de um problema de eficiência técnica, onde se deve buscar a maximização das entregas da APS para um dado consumo de recursos já disponível.

De modo geral, as justificativas e estudos apresentados pelo Ministério da Saúde demonstram a existência de um problema público baseado em evidências qualitativas, proveniente de fonte de dados confiáveis e apresentadas de forma objetiva que demonstram que a intervenção do governo federal é necessária para aumento da eficiência da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Para avaliar as causas e efeitos do problema foi utilizada a árvore de problemas (Apêndice A), que demonstra que as causas foram parcialmente identificadas. Ao mesmo tempo, foram identificadas outras causas que podem justificar a ineficiência da APS, como a baixa informatização das UBS e EFS, a dificuldade de provimento e fixação de profissionais da saúde em localidades rurais, remotas e periféricas das grandes cidades, assim como o horário limitado de atendimento das UBS. Estas causas são objeto de intervenções específicas para resolvê-las ou mitigá-las, como será demonstrado na avaliação do modelo lógico. Desta forma, há o risco de sobreposição de intervenções e não complementariedade, em decorrência de falhas no diagnóstico das causas e efeitos relacionados ao problema.

Ademais, o diagnóstico do problema não relata uma das causas notórias, relacionada às baixas capacidades de gestão e governança das Secretarias Municipais de Saúde (SES). Cabe ressaltar que diversos trabalhos de órgãos de controle apontam deficiências na gestão de órgãos de saúde municipais, que afetam diretamente a eficiência, eficácia e efetividade da APS. Destaca-se, entre eles, levantamento realizado pelo TCU em cooperação com 26 TCEs e TCMs, que avaliou o perfil de gestão destas secretarias. O trabalho foi realizado mediante a aplicação de questionários detalhados que descrevem diversas boas práticas, elaboradas a partir de processo amplamente participativo, em que se objetivou mensurar o nível de governança e gestão das unidades e gerar o índice de governança e gestão em saúde das secretarias iGestSaúde - ciclo 2016. Participaram da avaliação 4.314 secretarias municipais de saúde a gestão em saúde de 78% dos municípios brasileiros.

Avaliaram-se tanto processos finalísticos como de gestão administrativa. Quanto à capacidade geral de gestão em Saúde, 46% das SMS foram avaliadas em estágio inicial e 51% em estágio intermediário, o que compromete o alcance de resultados (TC 023.961/2016-3, Acórdão 1.840/2017-Plenário).

Cabe ressaltar que as políticas devem ser fundamentadas, essencialmente, na compreensão sobre como os problemas se apresentam e se articulam. Para tanto, o diagnóstico do problema deve identificar, de forma precisa, suas causas e efeitos para garantir que o programa seja desenvolvido de forma consistente.

Como se observa na árvore de problemas, o Previne Brasil trata parcialmente das causas do problema, que é um dos principais riscos para o sucesso do programa, pois compromete a escolha da intervenção mais adequada a solucionar o problema, em razão das suas causas serem adequadamente tratadas, com desperdício dos recursos públicos destinados a intervenção e a persistência do problema.

6.2. Identificação e escolha de alternativas de intervenção

Um dos objetivos mais importantes para a realização da análise Ex Ante das políticas públicas é buscar não apenas uma solução para o problema, mas a melhor solução para o problema, considerando as alternativas existentes, inclusive a alternativa de não fazer.

Assim, caberia aos formuladores do programa apresentar uma análise comparativa entre diversas alternativas viáveis para solução do problema identificado, de forma a assegurar que a intervenção escolhida para ampliação da cobertura e melhora da eficiência do APS, seja a solução mais eficiente e efetiva, em favor da transparência do processo decisório.

Estudos técnicos elaborados pela SAPS, demonstram que, para escolha da alternativa de intervenção, foram consideradas evidências de casos de sucesso em modelo de financiamento da Atenção Primária aplicado em outros países. Foram utilizados dados e informações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que demonstram como o financiamento da Atenção Primária em seus países membros evoluíram de pagamentos por serviços

ou orçamentos globais para métodos de financiamento vinculados à melhoria de resultados em saúde, à ampliação do acesso ou a melhoria da coordenação do cuidado. A maioria desses países possui um financiamento da Atenção Primária misto que combina duas ou mais metodologias, por exemplo, a capitação ponderada é uma metodologia utilizada em países como Dinamarca, Reino Unido, México, Portugal e Espanha. O método de pagamento por serviço é adotado pela Austrália, Dinamarca, Reino Unido, EUA, Suíça, França, dentre outros. Já o pagamento por desempenho é adotado também pela Austrália, Reino Unido, Portugal, França e Espanha. Cada método cria um conjunto diferente de incentivos, e sua combinação equilibra seus respectivos pontos fortes e fracos para um resultado mais adequando a cada contexto.

Dentre todos países, o Reino Unido se destaca como um grande influenciador do desenho de financiamento da Atenção Primária, por seu longo processo de inovação no modelo de alocação de recursos neste nível de atenção. Na Inglaterra, a alocação de recursos para a Atenção Primária combina capitação ponderada, pagamento por desempenho, pagamentos por serviços adicionais específicos, pagamentos por dispensação de medicamentos, e outros incentivos como fundos administrativos, pagamento por tempo de serviço dos profissionais etc. Estes diferentes métodos representam respectivamente cerca de 52%, 14%, 10%, 10% e 14% da composição do financiamento da Atenção Primária neste país.

A partir das experiências internacionais ressalta-se ainda que a metodologia de pagamento por desempenho apresenta resultados positivos na Atenção Primária, impactando em aspectos como a melhora no registro de usuários, a redução nas falhas de tratamento, o controle de doenças crônicas, a melhora nas ações de rastreamento, a melhora na prescrição de medicamentos, a redução nas internações de emergência para condições incentivadas, dentre outros. Além disso o pagamento por desempenho se apresenta como uma estratégia para alinhamento dos objetivos do sistema sanitário, orientando as ações dos diferentes níveis de gestão e de atenção em direção a metas comuns. (SAPS/MS, 2020).

A definição de um novo modelo de financiamento para atenção primária à saúde, baseado em resultados em saúde e eficiência foi eleito como um dos desafios da Atenção Primária à Saúde, em 2019, da recém instalada Secretaria de Atenção

Primária à Saúde (SAPS). Embora o MS tenha apresentado evidências embasadas em experiências internacionais de sucesso para a escolha do da intervenção, o diagnóstico incompleto das causas do problema, não permite avaliar se, de fato, o Programa Previne Brasil traz a melhor solução para o problema.

Cabe esclarecer, que a avaliação de alternativas de intervenção não é simplesmente listar opções de alternativas, embasadas em critérios simplificado, e sim realizar análise de custo benefício das alternativas, assim como os riscos relacionados a cada uma delas e realizar a escolha da alternativa de intervenção com maior probabilidade de sucesso e menores custos e consequências não intencionais, ou considerando outros critérios mais adequados ao caso concreto. Como consequência, aumenta-se o risco de o Programa Previne Brasil não ser a melhor opção possível para combater o problema de ineficiência da APS, podendo ocasionar desperdício de recursos públicos; efeitos intencionais não mapeado; continuidade do problema detectado; escolha da alternativa com menor relação custo-benefício para o público afetado pelo problema.

Quanto a utilização de evidências de modelos de sucesso internacionais, apesar de ser reconhecida como boa prática, deve estar associada a outras evidências que indiquem ser a melhor opção de intervenção, em razão do contexto de implementação do modelo ser diferente. Nada obstante, as evidências apresentadas de modelos de financiamento internacionais, em especial o do Reino Unido que serviu de benchmarking ao atual modelo, há de se considerar que os incentivos financeiros podem surtir efeitos diversos quando implementados na realidade brasileira. Naquele país, por exemplo, a prestação de serviços da APS é realizada por organizações privadas, remuneradas pelo estado. No Brasil, os incentivos serão destinados a outros entes federativos, que não visam lucro e que também são responsáveis pelo financiamento da saúde. Eles atuam como intermediários neste processo, visto que a estes entes cabe estabelecer a forma de incentivos aos profissionais que compõe as equipes da APS ou ainda firmar contrato de gestão com organizações sociais (OSs) com previsão de remuneração por desempenho. Desta forma, há o risco desses incentivos não alcançarem aos profissionais que atuam diretamente na APS e, conseqüentemente, não estimular a melhoria de desempenho das eFS e eAP. Esta questão será aprofundada na avaliação da estratégia de implementação do programa.

6.3. Objetivos, ações e resultados esperados

A formatação da política deve ser capaz de atuar sobre a causa do problema identificado. Nesta etapa deve ser definida a lógica de intervenção da política pública, assim como planos que permitam operacionalizar as ações necessárias, definindo, inicialmente, os objetivos e metas para resolução do problema público diagnosticado. Cassiolato e Guerresi (2010) defendem a necessidade de prever as atividades necessárias e os recursos correspondentes para sua realização, de forma logicamente encadeada com os resultados (produtos e efeitos) que a política ou programa se propõe a realizar.

Os normativos que disciplinam o programa não descrevem de forma clara os objetivos, metas e resultados esperados. Porém, pode-se identificá-los a partir da análise de declarações do Ministro da Saúde, à época, assim como em apresentações da proposta do novo programa, realizadas pelo MS (Ministério da Saúde, 2019).

O novo modelo de financiamento da APS tem como objetivos: estimular o aumento da cobertura da APS, principalmente entre as populações vulneráveis; ressaltar resultados em saúde da população atrelados ao desempenho da APS; incentivar avanços na capacidade instalada, organização dos serviços de APS e ações de promoção e prevenção; enfrentar a dificuldade de fixação de profissionais.

A estratégia para alcance desses objetivos é focada na estruturação um modelo de financiamento que fomente o atendimento às necessidades das pessoas, a partir de composição que contemple mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais pelas pessoas, considerando critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos que assegurem equidade na alocação do recurso, qualidade.

As principais metas de entrega dos produtos estão relacionadas a ampliação de brasileiros cadastrados pela APS, considerando a capacidade das eSF e eAP. As metas foram distribuídas por municípios e por equipe, e considerando a tipologia urbano-rural estabelecida pelo IBGE.

Tabela 1 – Metas de cadastro por equipe e município

Tipologia IBGE	Número de Municípios	Número de ESF	Meta de cadastro por ESF	Número potencial de cadastros
Urbano	1.457	26.568	4.000	106.272.000
Intermediário adjacente	686	4.068	2.750	11.187.000
Rural Adjacente	3.043	10.953	2.750	30.120.750
Intermediário Remoto	61	388	2.000	776.000
Rural Remoto	323	1.216	2.000	2.432.000
TOTAL	5.570	43.193	--	150.787.750

Fonte: Elaboração própria (dados SAPS)

Definir com clareza os objetivos e as metas de uma política pública é, com certeza, um dos aspectos mais difíceis em sua formulação. O ideal é que os objetivos sejam essenciais, controláveis, mensuráveis, operacionais, decompostos, concisos e inteligíveis (Turnpenny et al., 2015).

Observa-se, que os objetivos estão parcialmente relacionados ao diagnóstico e às evidências do problema, pois o foco é apenas no produtos e pouco na gestão dos insumos necessários à geração desses produtos. O problema público a qual o programa pretende aperfeiçoar é o aumento da eficiência da APS considerando a capacidade de cobertura das eSF e eAB existentes. Os objetivos devem focar na resolução deste problema. Desta maneira, é necessário avaliar a coerência dos objetivos e ainda se estes estão desdobrados em indicadores e metas. O uso de indicadores e metas apropriadas torna o objetivo mensurável ou, pelo menos, qualificado, permitindo o maior entendimento dos resultados da ação pública por parte da sociedade dos seus gestores, que devem monitorar e avaliar constantemente a evolução do programa para a adoção de medidas corretivas, quando necessário.

O quadro seguinte associa os objetivos declarados do programa com indicadores e metas estabelecidos na Portaria MS/GM 2979, de 12 de novembro de 2019 e na Portaria GM/MS nº 3.222/2019, considerando o modelo lógico do programa desenvolvido neste trabalho e que será abordado em tópico específico.

Quadro 2 – Relação entre objetivos, indicadores e metas

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS
1. Estimular o aumento da cobertura da APS, principalmente entre as populações vulneráveis	Número de equipes (eSF e eAP) implantadas multiplicado pelo parâmetro de cadastro por equipe de acordo com o tipo de equipe e a tipologia rural-urbana do município, sendo a meta de cadastro municipal limitada à população IBGE 2019.	Atingir a capacidade potencial cadastro e cobertura por eSF e eAP e município
2. Ressaltar resultados em saúde da população atrelados ao desempenho da APS	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	60%
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%
	Promoção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%
	Cobertura de exames cito patológicos	40%
3. Incentivar avanços na capacidade instalada, organização dos serviços de APS e ações de promoção e prevenção	Cobertura vacinal de Poliomielite inativa de Penta Valente	>=95%
	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	50%
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50%
4. Enfrentar a dificuldade de fixação de profissionais	Não identificados	Não identificada

Fonte:Elaboração Própria

Os indicadores e metas atrelados aos objetivos 1 e 3 medem a eficácia do programa, porém carecem de indicadores de efetividade e eficiência. Nota-se que o indicador do objetivo 1 mede o alcance de parâmetros, estabelecidos pelo MS, de pessoas cadastradas por eSF, mas não efetivamente atendidas e acompanhadas pela APS municipal, pois o cadastro do cidadão pode ser inserido no sistema sem que ele tenha passado por uma consulta com médicos ou outro profissional da eSF. Este é um dos indicadores para análise da eficiência, segundo o modelo DEA aplicado pelo Banco Mundial. Também é utilizado, por exemplo, pelo programa Saúde na Hora do MS. Desta forma, já existe a metodologia de cálculo e os recursos necessários para aferição de tal indicador, que pode contribuir para a avaliação da efetividade do

programa. Além disso, nota-se a deficiência de indicadores e metas relacionadas a eficiência do objetivo 1. Para aferição da eficiência deve-se considerar insumos e produtos. O insumo utilizado diz respeito apenas ao número de pessoas cadastradas por eSF, porém não considera o custo de cada equipe para atender maior número de pessoas.

A carência de indicadores de efetividade e eficiência também se aplica aos objetivos 2 e 3. Não estão claros os indicadores relacionados ao objetivo incentivar avanços na capacidade instalada, organização dos serviços de APS e ações de promoção e prevenção, assim como ao objetivo de enfrentar a dificuldade de fixação de profissionais. No entanto, é possível vinculá-los a outras ações e programas estratégicos da APS. Apesar do Previne Brasil contribuir indiretamente ao alcance desses objetivos por meio da destinação de recursos financeiros, entende-se que eles devem ser considerados como uma externalidade positiva do programa e não como um objetivo realmente esperado do programa.

Nota-se ainda que, apesar dos documentos do programa informarem esses objetivos, não foram identificadas evidências do problema relacionado (desorganização dos serviços), não foram quantificados, não foram estabelecidas métricas, nem foi estabelecida uma teoria da intervenção que permitisse estabelecer umnexo causal entre as ações do programa e tais resultados (melhor organização dos serviços).

Ademais não foram identificados, nos normativos e documentos técnicos do programa, indicadores claros que estabeleçam a previsão ou estimativa do tempo de sua implantação e de duração dos seus efeitos ou impactos. Isso repercute negativamente na avaliação dos resultados, metas e objetivos parciais e finais, ao controle e ao *accountability* da gestão do programa, seja municipal ou federal.

Conclui-se que há deficiência quanto a clareza, coerência e relevância sobre os objetivos, indicadores e metas do programa, prejudicando a avaliação, ao final da ação pública se os resultados efetivos condizem com os resultados e impactos esperados no desenho original da política pública, para a solução do problema diagnosticado.

6.4. Desenho da Programa: Modelo Lógico

O desenho do programa é etapa essencial para visualizar como ele funcionará na implementação. É o desdobramento das etapas anteriores quando foi identificado o problema, suas causas e a maneira de tratá-las. Neste ponto, a análise do modelo lógico permite a identificação de falhas lógicas na concepção da intervenção, como redundâncias, atividades inconsistentes e/ou expectativas causais irrealistas. Durante a etapa de planejamento de uma política, é também útil para detectar os principais problemas que podem vir a surgir durante sua implementação, permitindo que seu desenho seja aperfeiçoado de forma a evitá-los. A elaboração do modelo é útil, ainda, para a definição ou o aperfeiçoamento das medidas de desempenho de cada fase da política, ou seja, os indicadores a serem monitorados na sua implementação e gestão.

Assim, para viabilizar a construção da matriz do modelo lógico, é necessário revisitar o desenho do Programa desde sua elaboração, com o objetivo de identificar os principais insumos, atividades, produtos e resultados esperados.

O desenho do Previne Brasil iniciou com a formação de equipe composta por servidores à SAPS/MS, contando com apoio técnico de profissionais do Banco Mundial, da Universidade de Harvard, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foram revistos criticamente os tipos de repasses federais relacionados à APS. Em paralelo, revisão da literatura nacional e internacional apontou o melhor desenho de um modelo misto de financiamento da APS. A partir da definição de que o novo financiamento seria baseado em capitação ponderada com viés de equidade, de pagamento por desempenho e incentivos em ações estratégicas e prioritárias, iniciou-se a realização de inúmeras simulações que garantisse o maior ganho financeiro possível aos municípios brasileiros. Para tanto, foi necessário o aporte de R\$ 2 bilhões no orçamento federal da APS em 2020 em comparação a 2019, representando 11% de aumento real no orçamento. Em seguida, foram realizadas simulações de impacto considerando conforme o desenho do modelo. Estes valores foram comparados as transferências realizadas a cada município, para medir eventuais perdas e ganhos (Harzheim *et al*, 2020)

Como produto dessas atividades, foi expedida A Portaria MS/GM 2979, de 12 de novembro de 2019 estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da APS

pela União, considerando os componentes de capitação ponderada, desempenho e incentivo a ações estratégicas, detalhados a seguir.

O cálculo dos incentivos financeiros da capitação ponderada considera o quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Tabela 2 – Capitação – Valor per capita/ano

Ajuste de distância (Tipologia IBGE)	Valor por pessoa cadastrada	
	SEM critério socioeconômico e demográfico	COM critério socioeconômico ou demográfico (x 1,3)
1 – Urbano	50,50	R\$ 65,65
2 – Intermediário Adjacente	73,23	R\$ 95,19
3 – Rural Adjacente	73,23	R\$ 95,19
4 – Intermediário Remoto	101,00	R\$ 131,00
5 – Rural Remoto	101,00	R\$ 131,00

Fonte: Elaboração própria

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho é efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O valor do pagamento por desempenho é calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe às seguintes categorias de indicadores: processo e resultados intermediários das equipes; resultados em saúde; e globais de APS. Tais indicadores deverão considerar ainda a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade.

Os indicadores do pagamento por desempenho foram instituídos pela Portaria GM/MS nº 3.222/2019. A Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS detalhou os parâmetros, metas e pesos, conforme demonstrados no quadro, além de apresentar as fichas de qualificação destes indicadores de pagamento por desempenho. O parâmetro

representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador. As metas definidas para os indicadores selecionados representam valores de referência, resultado de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e são consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS no contexto do incentivo de pagamento por desempenho e válidas para o ano de 2020. Para cada um dos sete indicadores foram atribuídos pesos com valores de 1 ou 2, cuja soma total é igual a 10. A atribuição de pesos diferentes considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de dificuldade no atingimento das metas, que traduzem o esforço da gestão e equipes para realização das ações, programas e estratégias. Foram estabelecidos sete indicadores de pagamento para o exercício de 2020:

Quadro 3 – Parâmetros, Metas e Pesos dos indicadores de desempenho -2020

Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
Promoção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
Cobertura de exames cito patológicos	>=80%	40%	1
Cobertura vacinal de Poliomielite inativa de Penta valente	>=95%	>=95%	2
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

Fonte: Elaboração própria, conforme Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS

Serão acrescentados mais 7 indicadores de desempenho para 2021 e outros sete indicadores para 2021. Estes indicadores ainda serão, após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite durante o ano de 2020. Eles devem contemplar ações estratégicas: ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde; ações no cuidado puerperal; ações de puericultura (crianças até 12 meses); ações relacionadas ao HIV; ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose; ações odontológicas; ações relacionadas às hepatites; ações em saúde mental; ações

relacionadas ao câncer de mama; e Indicadores Globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o *Primary Care Assessment Tool (PCATool – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária)*, o *Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 – Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente)*.

O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deve considerar as especificidades e prioridades em saúde; os aspectos estruturais das equipes; e a produção em ações estratégicas em saúde. O incentivo para ações estratégicas contemplar o custeio das seguintes ações, programas e estratégias: Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A Portaria GM/MS 2979/2019 também prevê um modelo de transição, considerando a necessidade de adaptação dos municípios ao novo modelo, estabelecendo critérios próprios a serem aplicados no período de transição que contempla diferentes iniciativas para que os municípios não tenham prejuízos financeiros, nem danos no planejamento e nos processos de gestão. Este período também tem o intuito de avaliar as adequações necessárias para os fluxos institucionais do Ministério da Saúde.

Diante da descrição do desenho do programa, percebe-se que as principais alterações promovidas pela nova metodologia se referem aos critérios considerados no cálculo dos valores a serem transferidos aos municípios. Para melhor compreender tais alterações, foram comparados os critérios vigentes até 2019 e a partir de 2020.

Quadro 4 – Comparativo entre os Modelos de Financiamento da APS

Critérios para cálculo dos valores por município	Modelo até 2019	Modelo a partir de 2020	Principais Alterações
População do município definida pelo IBGE	SIM	NÃO	Exclui o pagamento do PAB fixo que varia de R\$ 23 a R\$ 28 per capita.
Cobertura populacional potencial das eSF e eAP	NÃO	SIM	Altera a estimativa de cobertura populacional por eSF e eAP de valor fixo para variável de acordo com critério geográfico.
População cadastrada nas equipes de eSF e eAP	NÃO	SIM	Inclui o pagamento de R\$ 50,50 per capita
Vulnerabilidade socioeconômica	SIM*	SIM*	Mantem pessoas o percentual de pessoas que recebem bolsa família. Exclui os dados referente PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza. Inclui os critérios de percentual de pessoas que recebem BPC e até 2 salários mínimos de benefício previdenciário. Aumento do peso deste critério para 30%
Características demográfica	SIM*	SIM*	Exclui o critério de densidade populacional. Inclui o critério de faixa etária abaixo de 5 anos e acima de 65 anos. Aumento de para 30% do valor per capita.
Características geográficas	NÃO	SIM	Inclui o critério de classificação do IBGE de municípios urbano-rural. Aumento de até 100% sobre o valor per capita.
Desempenho da APS no município (P4P)	SIM*	SIM*	Exclui os incentivos do PMAQ-AB. Inclui critério de pagamento por meta de cadastro e de acordo com atingimento de metas de processos e resultados intermediários das ESF; resultados em saúde; indicadores globais da APS. Estimativa de 171,39% de aumento no valor até 2022
Ações e programas estratégicos	SIM*	SIM*	Exclui os incentivos financeiros a Saúde da Família, Nasf e Gerentes de APS. Mantém os incentivos às demais ações estratégicas. Inclui mais recursos para os programas prioritários: Saúde na Hora, Informatização de equipe, incentivos aos municípios com Residência Médica e Multiprofissional

Fonte: Elaboração Própria

* Consideram insumos/características diferentes

Com base na comparação entre os modelos, percebe-se que a maior mudança ocorreu em relação a remuneração per capita. No modelo anterior era considerado a população total do município, enquanto no novo modelo são contabilizados para fins de pagamento, apenas as pessoas cadastradas junto às eFS e eAP. Em ambos modelos, existem fatores de ponderação. No entanto, ele é mais significativo no modelo instituído pelo Previner Brasil. Enquanto no modelo anterior, o fator de ponderação poderia aumentar em até 22% a mais que o valor base, no novo modelo este valor pode chegar até 259%. Da mesma forma, os modelos consideram os resultados obtidos pela APS municipal. Porém, há mudança de foco, que antes calculava os incentivos financeiros relacionados ao atingimento de metas de insumos, processos e resultados por meio do PMAQ-AB, para o atingimento de metas finalísticas. Além disso, o atual modelo de pagamento por desempenho é válido para todos os municípios, enquanto o PMAQ-AB era aplicável apenas aos municípios que aderissem ao programa.

Tal alteração de foco, somado à exclusão de incentivos específicos aos Nasfs e a ESF, não guardam coerência com o objetivo de incentivar avanços na capacidade instalada e organização dos serviços de APS, porém são coerentes em relação ao objetivo de ressaltar resultados em saúde da população atrelados ao desempenho da APS.

Modelo Lógico

A experiência em avaliação demonstra que um dos aspectos mais difíceis é, primeiro, o de se definir com clareza os objetivos e as metas de uma política. E segundo, o de detalhar o passo a passo para que os objetivos sejam transformados em produtos, os produtos conduzam a resultados e esses resultados, a médio e longo prazo, se consolidem em impactos. (Cassiolato e Guerresi, 2015).

Desta forma, torna-se imprescindível a construção de matriz do modelo lógico para detalhar como os insumos do programa serão transformados em produtos, que conduzirão a resultados a curto prazo e impactos, a médio e longo prazo. Tal modelo foi desenvolvido na matriz do apêndice 2, orientada pela metodologia de modelo lógico de programa desenvolvida pelo Ipea (Ferreira, Cassiolato e Gonzales, 2015; Cassiolato e Guerresi, 2015).

Figura 01 – Etapas do modelo lógico

Fonte: Ipea

A elaboração da matriz permitiu identificar inconsistência e riscos relacionados ao desenho o programa. A primeira inconsistência constatada está relacionada ao aumento de recursos no valor de R\$ 2 bilhões para custeio da APS pela União que gerou, como produto, o incremento de valores a serem recebidos pelos municípios, necessário a implementação do modelo. O aumento da eficiência está relacionado ao aumento de resultados, mantendo-se os recursos. Se não ocorresse o aporte de recursos, ocorreria a redistribuição dos recursos entre os municípios de forma que alguns ganhariam e outros perderiam promovendo maior incentivo por resultados, mesmo que, a longo prazo, estes recursos possam ser compensados pela diminuição das despesas da Média e Alta complexidade (MAC). Porém, é pouco provável que ocorra esse remanejamento, a curto, de recurso do bloco de custeio da MAC para APS.

A segunda falha no desenho do programa, diz respeito a melhoria da estrutura da APS por meio de incentivos financeiros a ações estratégicas, que não devem ser considerados como resultado e impacto e sim como uma externalidade positiva, pois seus produtos são gerados por meio de ações necessária a implementação da PNAB.

Entre os aspectos positivos do desenho do Previner Brasil, deve-se destacar as ações que visam a promoção da universalidade e equidade de acesso a APS, por meio dos critérios de ponderação relacionados a condição de vulnerabilidade socioeconômica, faixa etária de maior risco, característica geográfica. Os impactos da igualdade devem ser levados sempre em consideração. A necessidade de análise de igualdade se aplicará desde a fase de formulação até a avaliação da Política Pública (Green Book, p. 62).

Considerando a construção lógica do programa, espera-se que fator de ponderação calculado em razão do número de pessoas cadastradas, incentive as equipes a identificar e cadastrar o maior número de pessoas. Em especial as que atendem aos critérios vulnerabilidade socioeconômico, assim como as pessoas de faixa etária nas quais se concentram os agravos e necessidades de saúde mais frequentes, de forma a conseguir realizar o adequado acompanhamento deste público. Este fator de ponderação representa aumento de 30% por pessoa cadastrada que atendem a estes critérios.

O fator de maior peso, no entanto, para definição do recurso a ser transferido ao município é o ajuste da distância do município, de acordo com a tipologia do IBGE. Este critério representa incremento de 45% no valor base, para municípios Intermediários Adjacentes e Rurais Adjacentes; e de 100% para os Intermediários Remotos e Rurais Remotos. Esta ponderação se justifica em razão de a maior oferta de serviços de saúde se concentrarem nos centros urbanos economicamente mais desenvolvidos. Estudos apontam que no Brasil, o padrão de desigualdade econômica e social que prevalece nos territórios rurais determina as condições de vida e conseqüentemente as condições de saúde daqueles que vivem nestes territórios (Travassos e Viacava, 2007).

Em contrapartida, a estratégia da saúde da família vem se mostrando mais exitosa nestes municípios em comparação aos grandes centros urbanos, refletidos nos índices de cobertura de saúde da família. Em 2018, a cobertura da ESF em municípios até 100 mil habitantes era de 84,03%; em município acima de 500 mil habitantes, 44,70%.

Neste ponto, há o risco que o novo modelo de financiamento não incentive a ampliação de pessoas cadastradas nos grandes centros urbanos e inviabilize o alcance da meta 150 milhões de pessoas cadastradas na APS, em razão de 70% do potencial de cadastro estar concentrado em áreas urbanas e como conseqüência, a menor eficiência da APS. Não faz parte do escopo deste trabalho avaliar as causas a baixa adesão da população dos grandes centros urbanos a ESF. No entanto, entende-se que houve falha no desenvolvimento do modelo lógico ao não prever incentivos específicos para municípios urbanos mais populosos, considerando as grandes diferenças da dinâmica social.

6.5. Implantação do Programa

Esta sessão do trabalho foca em aspectos fundamentais da governança de políticas públicas: coordenação, coerência e gestão de riscos.

É essencial, para que o Previne Brasil atinja os resultados e impactos esperados, haver um alinhamento entre as ações realizadas em âmbito federal e municipal, principalmente em relação incentivo financeiros baseados em resultados, a organização da APS e aos procedimentos necessários ao monitoramento, avaliação e controle. Por exemplo, o programa prever mecanismos de avaliação do desempenho das equipes, porém o atingimento de metas não garante incentivos reais aos agentes de saúde. Fica no âmbito da gestão municipal estabelecer incentivos para a melhoria da produtividade desses profissionais, que realizam a busca ativa das pessoas a serem cadastradas e acompanhadas pela APS. Desta forma, deve haver coordenação entre as ações da gestão local e as regras nacionais do programa para alcance dos resultados. Neste ponto, o MS buscou se articular com o Conasems desde as fases embrionárias da elaboração do programa, buscando sugestões e apoio ao novo modelo de financiamento.

Da mesma forma, a efetividade do programa depende da integração de diversos programas. Em relação ao Previne Brasil, esta integração é necessária, em especial, com outras ações e programa que integram a Política Nacional da Atenção Básica. A necessidade de articulação com o Programa Médicos pelo Brasil é apontada de forma clara para o alcance dos resultados e impactos desejados, considerando a necessidade de médicos para a formação das equipes de saúde, em um cenário de escassez de profissionais dispostos em atuar em lugares remotos, rurais e em periferias. Ainda pode-se inferir a interdependência do Previne Brasil com as ações e programas indicados como prioritários: o Programa saúde na hora, Informatização, formação e residência médica e multiprofissional, conforme demonstrado na matriz do modelo lógico.

Gestão de Riscos

Ao analisar os principais normativos, notas técnicas e estudos do Programa Previne Brasil, não foram encontradas informações a respeito da identificação e

documentação dos riscos durante a formulação da política, tampouco a definição e reconhecimento das responsabilidades de mitigação de riscos entre as partes responsáveis pela sua implantação.

A consideração dos principais riscos de implementação é essencial durante o desenvolvimento da política pública, o que inclui identificá-los e tratá-los. A avaliação de riscos permitirá comunicar sobre qualquer risco significativo para a implementação da política. Os riscos de toda política pública devem ser identificados e avaliados durante o seu desenho (ANAO, 2006). Além disso, os responsáveis pela implementação da política pública devem ter condições de dar respostas efetivas e tempestivas aos riscos capazes de afetar o alcance dos objetivos programados.

A avaliação dos riscos de uma política pública deve identificar todos os eventos que possam vir a afetar o projeto, independentemente da frequência ou probabilidade que possam ocorrer e a escala do impacto que possam ter sobre a execução do Programa. Deve considerar, também, as oportunidades de obtenção de resultados que superem os objetivos ou de resultados satisfatórios que não estão entre os objetivos.

Os riscos identificados, em geral, são analisados em relação à gravidade (impacto potencial, de menor efeito a maior efeito indesejado), à urgência (prazo, de algo que não tem pressa até aquelas situações que exigem respostas imediatas) e à tendência (avaliação de que a probabilidade de ocorrência do risco permaneça estável até um aumento imediato e inaceitável da probabilidade de ocorrência).

A análise fornece a base para a avaliação dos riscos que, por sua vez, auxilia na tomada de decisões. A avaliação consiste em comparar o nível de risco encontrado durante o processo de análise com os critérios estabelecidos quando o contexto foi observado. Com base nesta comparação, a necessidade do tratamento pode ser considerada.

O tratamento de riscos envolve a seleção de uma ou mais opções para atuar em suas causas ou consequências e a implementação dessas opções. A escolha da resposta adequada para cada risco depende do apetite ao risco do órgão ou da entidade pública (tolerar, mitigar, contingenciar os impactos, transferir para terceiros

ou eliminar), que é um aspecto que deve, preferencialmente, ser decidido pelos responsáveis pela governança da organização.

Após o tratamento dado ao risco, o risco residual (aquele que continua a existir mesmo após as respostas ao risco terem sido implementadas) deve ser monitorado e controlado caso seja relevante.

Todas essas etapas (identificação, análise, avaliação, resposta/tratamento e monitoramento) compõem o plano de gerenciamento de riscos, que deve ser elaborado e aprovado pelas instâncias competentes do órgão responsável pela política pública, com a designação dos responsáveis pela identificação dos sintomas e implementação das respostas propostas.

Considerando a relevância do gerenciamento de riscos para o sucesso do programa, foram identificados e analisados os riscos chaves, apontados ao longo das avaliações de cada etapa do processo e consolidados na matriz de riscos constante do apêndice 3, com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento do Programa Previne Brasil.

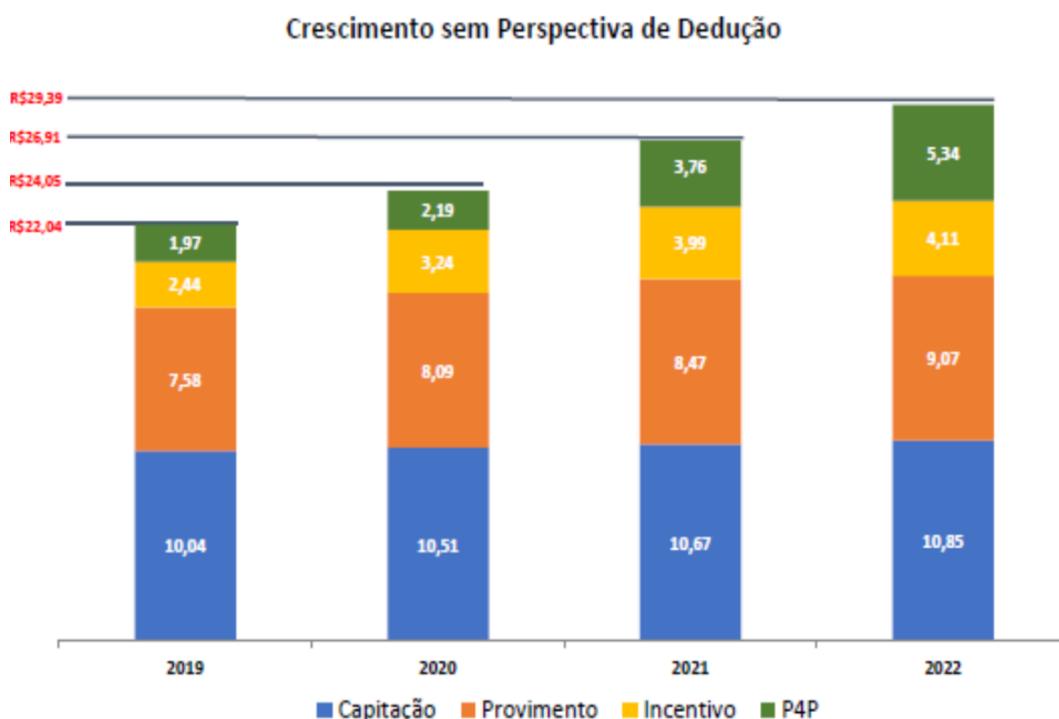
6.6. Impacto orçamentário e financeiro

Os recursos orçamentários para implementação foram previstos inicialmente, no orçamento do Ministério da Saúde, nas Funcionais Programáticas 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde, 10.301.5019.217U - Apoio a Manutenção dos Polos de Academia da Saúde, mediante disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. Posteriormente a Portaria MS/GM 169, de 31 de janeiro de 2020 recursos orçamentários referente a capitação ponderada estão previstos no orçamento do Ministério da Saúde, na Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde, no seguinte Plano Orçamentário - PO 0008 - Incentivo Financeiro da APS - Capitação Ponderada.

Na fase de formulação do programa, o Ministério da Saúde realizou simulações para avaliar o impacto financeiro e orçamentário, considerando o modelo vigente à época e o novo modelo proposto. Também foram estimados os valores que cada município receberá a mais ou a menos em razão da implantação dos novos

critérios para o custo da APS, que podem gerar eventuais custos adicionais para os estados e municípios, em especial aqueles que terão a participação do financiamento da união reduzido. A figura, a seguir, apresenta a estimativa de custeio do novo modelo de financiamento da APS (CONASEMS, 2019).

Figura 02 – Expectativa de Orçamento APS até 2022



O impacto esperado, é que ocorra melhoria no desempenho da APS, aumentado consequentemente os recursos a serem transferidos aos municípios. Porém, não ficou claro a origem dos recursos para seu custeio, visto que se trata de uma despesa obrigatória de caráter continuado. Há o risco, diante do cenário fiscal imposto pela Emenda Constitucional 95/2017, que o não haja recursos orçamentários e financeiros disponíveis para tal incremento, que atualmente está vinculado ao IPCA do ano anterior.

Também não foram estimados eventuais custos adicionais em razão da implementação do Programa Previne Brasil aos municípios e Distrito Federal.

Existe o risco de o modelo não alcançar os resultados esperados em razão do custo elevados para sua gestão e promoção dos incentivos necessários segundo a lógica do programa.

A análise realizada pelo MS não estimou outros custos do programa que recursos aplicados em ações relacionadas à atenção básica que podem estar presentes em outros blocos de financiamento, tais como Gestão do SUS, Assistência Farmacêutica e Investimentos. Outros efeitos colaterais devem ser considerados como o aumento de acompanhamento de doenças crônicas, deve aumentar a demanda por medicamentos fornecidos pelo SUS. Ao não considerar o custo é gerado por externalidades positiva e negativas ao programa, há o risco de o programa não gerar os resultados e impactos esperados por falta de recursos tanto financeiro, como material de pessoal.

Outro risco refere-se à limitação de recursos orçamentários em razão da Emenda Constitucional 95/2017, que estabelece o limite os gastos do exercício. Também não ficou evidenciado os recursos adicionais seriam remanejados de outras ações. Como exposto, o modelo prevê aumento contínuo nos recursos a serem repassado aos municípios como incentivo pelo desempenho. Foi demonstrado no modelo lógico que os recursos financeiros provenientes da União são os principais insumos do programa. Caso ocorra a descontinuidade na provisão de seus insumos e na correta realização de suas atividades certamente apresentarão problemas na entrega de seus produtos.

6.6 Monitoramento, avaliação e controle

O monitoramento, a avaliação e o controle posteriores devem ser elaborados e planejados antes da implementação da política pública, com a definição de quais indicadores e ações serão necessários, quem serão os responsáveis e quando e como essas ações serão desenvolvidas e seus resultados comunicados (Ipea, 2018).

Para acompanhamento das metas pelos municípios, a SAPS/MS disponibilizou painel para monitoramento dos indicadores relacionados ao novo método de financiamento federal para atenção básica, bem como manuais de preenchimento das informações que possuem relação com os indicadores em questão, tanto em Prontuário Eletrônico (PEC), Coleta de Dados Simplificada (CDS) e para os municípios que utilizam sistema próprios (Thrift). Para acesso a estas

informações a gestão municipal deve ter acesso ao e-Gertor AB do Ministério da Saúde.

Aos indicadores de desempenho serão atribuídas notas na comparação com a situação atual do município, acompanhada quadrimestralmente, e comparada com a meta estipulada pactuada entre os entes federados, mas sempre acima dos valores observados com vistas a melhorar os resultados. Os indicadores relacionados de monitoramento não gerarão repasse aos municípios, mas auxiliarão o entendimento dos resultados obtidos nos indicadores de desempenho, ou por serem causas ou consequências destes, ou por estar intimamente relacionados. A seleção de indicadores considerou o modelo de base de dados atual do SISAB de tal modo que a maioria pode ser calculada em uma série histórica recente até o nível equipe ou mais desagregado possível. (Sellera *et al*, 2020)

O monitoramento dos resultados dos indicadores alcançados por equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) são aglutinados em um indicador sintético final, que definirá o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por município e pelo Distrito Federal. A apuração dos indicadores será realizada quadrimestralmente (janeiro-abril, maio-agosto, setembro-dezembro) e os resultados serão disponibilizados no quadrimestre subsequente no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Quanto ao controle do programa, o normativo que estabeleceu o Previne Brasil prevê nos casos de irregularidade em que haja verificação de ocorrência de fraude ou informação irregular de cumprimento de metas e indicadores, haverá suspensão de 100% (cem por cento) da transferência de pagamento por desempenho, porém não deixa claro quais os controles seriam a serem aplicados. Apenas cita a obrigatoriedade da prestação de contas sobre a aplicação dos recursos por meio do Relatório de Gestão da respectiva unidade da federação, conforme disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e as demais normas aplicáveis.

Antes de dar continuidade análise, é importante fazer a distinção entre monitoramento e avaliação, segundo Bunivisch:

O monitoramento é um processo que envolve a coleta de informação sobre insumos, produtos, atividades e circunstâncias que são relevantes para a

efetiva implementação da política. Através dessas informações, o monitoramento analisa e verifica, num processo contínuo, se os recursos e as atividades se estão implementando segundo o programado e se as metas sobre os resultados estão sendo alcançadas ou não, indicando, ao mesmo tempo, as razões de insucesso. O monitoramento fornece a informação e as sugestões necessárias para que a gerência da política verifique o progresso da implementação, a fim de tomar as decisões cabíveis, no sentido de que as metas programadas sejam alcançadas e/ou ajustadas (BUNIVICH, 1999).

A avaliação é um processo conduzido antes, durante e/ ou depois da implementação da política, onde se efetua um juízo sobre seu valor ou mérito considerando: a relevância dos objetivos e estratégias, a eficácia (ou efetividade) no alcance dos objetivos e metas esperados, a eficiência no uso de recursos, o impacto e a sustentabilidade da intervenção. Dessa forma, a avaliação trata de: (i) examinar, com juízo crítico e face às mudanças subsequentes, a justificação lógica do programa em termos da adequação dos seus objetivos e estratégias; (ii) comparar a consecução das metas alcançadas com as estabelecidas, identificando as razões de sucesso e insucesso; (iii) verificar a eficiência dos procedimentos utilizados na execução do programa e da qualidade do desempenho gerencial; (iv) determinar a eficiência econômica do programa; (v) determinar e traçar a causalidade dos efeitos e impacto do programa e, (vi) identificar as lições aprendidas e propor recomendações, de modo a reforçar os acertos e/ou, se necessário, ajustar, reorientar e modificar objetivos, metas, arranjos organizacionais e recursos (BUNIVICH, 1999).

A complexa metodologia de cálculo dos indicadores representa um risco ao adequado monitoramento do Previne Brasil, principalmente em relação aos municípios que não dispõem de robusta estrutura administrativa. No entanto, este risco foi parcialmente mitigado em razão da disponibilização de painel na página do e-Gestor dentro do SISAB, onde é possível acompanhar a quantidade de cadastros válidos com dados da quantidade por município, por unidade de saúde e por equipe. Também é possível aferir o parâmetro de acordo com a tipologia do município e a quantidade de cadastros por mês ou quadrimestre.

Quanto à avaliação do programa, deficiências destacadas ao longo deste trabalho, podem interferir na sua adequada avaliação. Entre essas deficiências pode-se listar a identificação incompleta das causas do problema; ausência de indicadores relacionados a todos os objetivos, falha no desenvolvimento lógico de parte do programa, assim como falhas na apuração do custo total do programa. No entanto, tais distorções podem ser identificadas e corrigidas, mediante um processo efetivo de avaliação a ser realizada pelo Ministério da Saúde.

A definição de metas processos podem ser útil, como proposto pelo MS no primeiro exercício para auxiliar na avaliação do avanço do programa. Entretanto, a

indefinição quanto aos demais indicadores, traz prejuízo ao monitoramento e avaliação do programa quanto ao alcance de resultados. Os sete indicadores, definidos para monitoramento e cálculo dos incentivos por desempenho, medem essencialmente a entrega de produtos. Desta forma, há o risco de demora na identificação de falhas no modelo lógico, retardando a adoção de medidas corretivas.

Quanto aos dados e informações extraídos dos sistemas do SUS, como o SISAB e o CNES, não foram identificados controles preventivos ou detectivos necessários a mitigar a ocorrência de erros, intencionais ou não, na coleta e registro dessas informações pelas equipes de saúde. Como consequência, não há como garantir a fidedignidade desses dados, prejudicando o monitoramento e avaliação da evolução do programa, assim como o justo cálculo dos incentivos financeiros a serem repassados aos municípios. Este risco é causado pela ausência de um plano de gerenciamento de riscos do programa, como já relatado neste trabalho.

7. Considerações finais

A avaliação realizada nas principais etapas de formulação do Programa Previne Brasil permitiu identificar boas práticas adotadas pelo Ministério da Saúde, assim como oportunidades de melhoria.

O diagnóstico do problema da política aponta que expressivo número de brasileiros não são assistidos pelas eSF, apesar da existência de capacidade de atendimento. Deste modo, trata-se de um problema de eficiência técnica, onde se deve buscar a maximização das entregas da APS para um dado consumo de recursos já disponível.

De modo geral, as justificativas e estudos apresentados pelo Ministério da Saúde demonstram a existência de problema público baseado em evidências qualitativas, proveniente de fonte de dados confiáveis e apresentadas de forma objetiva que demonstram que a intervenção do governo federal é necessária para aumento da eficiência da Atenção Primária à Saúde no Brasil. No entanto, o diagnóstico falhou em identificar as principais causas e efeitos relacionados para a baixa eficiência da APS no Brasil, principalmente relacionadas a baixa capacidade de gestão das Secretarias Municipais de Saúde.

Em relação a escolha de alternativas de intervenção, embora o MS tenha apresentado evidências embasadas em experiências internacionais de sucesso para a escolha da intervenção, o diagnóstico incompleto das causas do problema, não permite avaliar se, de fato, o Programa Previne Brasil traz a melhor solução para o problema. Não foram encontradas evidências de que formuladores do programa tenham levantado e comparado alternativas viáveis para solução do problema identificado, de forma a assegurar que a intervenção escolhida para ampliação da cobertura e melhora da eficiência do APS, seja a solução mais eficiente e efetiva, em favor da transparência do processo decisório.

Devido ao diagnóstico incompleto relativo às deficiências de registro, poderá ocorrer de parte de o diagnóstico estar errado e o incentivo ser apenas para correção de cadastros, e não de aumento da cobertura real/aumento dos atendimentos,

resultado que parte do valor de transferência não se reflita em uma maior prestação de serviços ou cobertura real, não produzindo os ganhos esperados na saúde geral da população esperados (total ou parcialmente).

Quanto à definição de objetivos, apesar de não estarem claramente elencados na Portaria que instituiu o programa, foi possível identificá-los por meio de exposições do Ministério da Saúde, em especial, o objetivo de estimular o aumento da cobertura da APS, principalmente entre as populações vulneráveis, que não possui indicadores e metas claramente definidas. Porém, falhou ao estabelecer objetivos, indicadores e metas para aumento da eficiência e efetividade do programa.

O desenho do Previne Brasil apresenta aspectos positivos principalmente relacionados ao desenvolvimento de modelo lógico que prevê a geração resultados e impactos na promoção da universalidade e equidade de acesso a APS, por meio dos critérios de ponderação relacionados a condição de vulnerabilidade socioeconômica, faixa etária de maior risco, característica geográfica.

Outra boa prática identificada no desenho da política foi a previsão de um modelo de transição, considerando a necessidade de adaptação dos municípios ao novo modelo, estabelecendo critérios próprios a serem aplicados no período de transição que contempla diferentes iniciativas para que os municípios não tenham prejuízos financeiros, nem danos no planejamento e nos processos de gestão. Este período também tem o intuito de avaliar as adequações necessárias para os fluxos institucionais do Ministério da Saúde.

Por outro lado, o desenho do programa falhou ao prever resultados relacionados a melhoria da estrutura da APS por meio de incentivos financeiros a ações estratégicas, que não devem ser considerados como resultado e impacto e sim como uma externalidade positiva, pois seus produtos são gerados por meio de ações necessárias ao alcance de resultado relacionados a implantação da PNAB.

Considera-se, ainda, que a norma enfrenta alguns desafios em sua implementação, decorrentes da necessidade de coordenação com a CIT, municípios, FNS, entidades representativas das Secretarias Municipais de Saúde e associação de classes de profissionais da saúde, em especial de médicos.

Quanto as articulações necessárias, fica claro que o Previne Brasil faz parte de um conjunto de programas que constituem a atual política pública do Governo Federal na atenção primária à saúde (APS) e que estes funcionarão de forma complementar na APS.

Foram identificados alto risco ao alcance dos resultados esperados do programa devido a fraude no registro dos dados e erros e manipulações indevidas na alimentação dos dados nos sistemas da APS, em razão da deficiência de controles preventivos ou detectivos, devido à ausência de um plano de gerenciamento de riscos, necessários a mitigar a ocorrência de erros, intencionais ou não, na coleta e registro dessas informações pelas equipes de saúde. Como consequência, não há como garantir a fidedignidade desses dados, prejudicando o monitoramento e avaliação da evolução do programa, assim como o justo cálculo dos incentivos financeiros a serem repassados aos municípios. Este risco é causado pela do programa, como já relatado neste trabalho.

Por último, cabe sublinhar que devido à não consideração, por seus formuladores, de todos os custos sociais de implementação, tais como os custos dos municípios para implementação do novo modelo; custos de monitoramento e avaliação; custos de gestão, bem como devido à complexidade dos controles requeridos poderá ocorrer de parcela do que se espera de ganhos de eficiência ser transferida para burocracias, distorções e perdas com fraudes, resultando não melhoria ou não melhoria significativa da saúde geral da população.

Referências Bibliográficas

Banco Mundial (2019). Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Disponível em <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em 04 maio 2020.

Brasil. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.

Brasil. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise *ex ante* volume 1. Brasília: Ipea, 2018.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União

Brasil. Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo Federal a instituir o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Diário Oficial da União 2019; 19 dez.

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 2012; 16 jan.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS 2.436, de 21/9/2017 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 2017; 22 set.

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

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 11 dez.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília. Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf. Acesso em 28 jun. 2020.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1130/2017. Plenário. Relator Bruno Dantas. Sessão 31/5/2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jun. 2017.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 2776/2019. Plenário. Relator Benjamin Zymler. Brasília, Sessão de 13/11/2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 dez. 2019

Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial para avaliação de governança em políticas públicas/Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, 2014. 91 p.

Cassiolato, M.; Gueresi, S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Ipea, 2010. (Nota Técnica, n. 6).

Castro M C, Massuda A, Almeida G, Menezes Filho N A et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext) Acesso em 22 abril 2020.

CONASEMS. Apresentação da proposta do novo modelo de financiamento da Atenção primária no SUS. Disponível em <<https://www.conasems.org.br/cosems/apresentacao-da-proposta-do-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-no-sus/>>. Acesso em 02 mai 2020. Jordan, A. J.; Turnpenny, J. R. (Eds.). The tools of policy formulation: actors, capacities, venues and effects. [s.l.]: Edward Elgar Publishing, 2015. 301 p.

Harzheim E, Dávila O, Ribeiro DC, Klitzke DD, Medeiros OL, Ramos LG, Silva LE, Martins CJ, Costa LGM, Cunha CRH, Pedebos L. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. No prelo 2020.

Ministro da Saúde. Governo investirá R\$ 2 bilhões para incluir 50 milhões de brasileiros no SUS. Disponível em <<http://aps.saude.gov.br/noticia/6275>>. Acesso em 23 abr 2020.

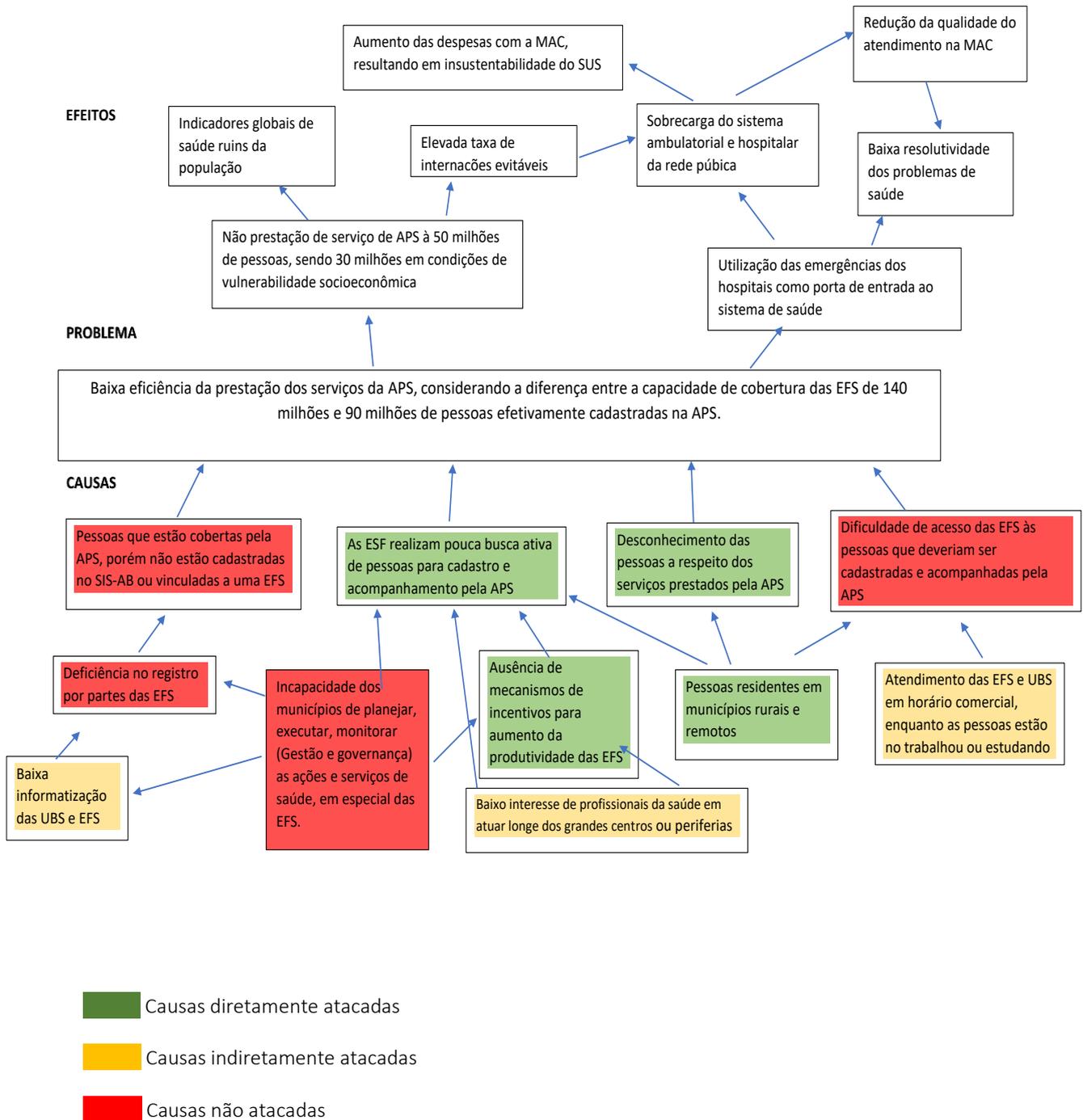
Sellera PEG, Pedelos L, Harzheim E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins CJ, D'Avila O. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência e Saúde Coletiva vol.25 no.4 Rio de Janeiro Abr. 2020

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83(3):457-502.

THE GREEN BOOK - Appraisal and Evaluation in Central Government, HM Treasury – London, 2018.

Viana, A L D, Dal Poz, M R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis [online]. 1998, vol.8, n.2, pp.11-48.

APÊNDICE A – Árvore de Problemas do Programa Previne Brasil



APÊNDICE B – MATRIZ DO MODELO LÓGICO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTOS
Diagnóstico e caracterização	Elaboração de conjunto de	Portaria instituindo Novo		

do déficit efetivo de cobertura populacional da APS	componentes, procedimentos e diretrizes que orientam o processo de alocação, transferência, monitoramento e avaliação de recursos federais destinados ao custeio das ações estruturantes e desejáveis para a AP, por equipe de estudo com servidores da SAPS/MS e Especialistas	modelo de financiamento da APS considerando os componentes de capitação ponderada, desempenho e incentivo a ações estratégicas	Ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS	Aumento da eficiência da APS
Simulação da implantação do novo modelo de financiamento	Remanejamento de recursos orçamentários destinados a despesas discricionárias de R\$ 2 bilhões para custeio da APS pela União	Incremento de recursos para 4.000 municípios, sem perda imediata para nenhum município	- Ampliação do número de EFS - Incentivos ao desempenho das ESF - Apoio dos municípios ao novo modelo	Diminuir despesas com o Bloco de Custeio da Média e Alta Complexidade
Modelo de transição	-Implantação gradual das novas regras no primeiro exercício de implementação do Programa	Correção de inconsistências de informações registradas nos sistemas de informação da APS	Adaptação dos municípios ao novo modelo	Reorganização dos serviços dos municípios e sistema de incentivos aos profissionais da APS
Recursos financeiros do componente capitação ponderada	Cálculo e transferência de recursos aos municípios com base no número de pessoas cadastradas por EFS, considerando os fatores de ponderação: a condição de vulnerabilidade socioeconômica, faixa etária de maior risco, característica geográfica.	Aumento do número de pessoas cadastradas e cobertas pela APS em especial aquelas em condição de vulnerabilidade socioeconômica e faixa etária de maior risco	Adequação dos recursos recebidos pelos municípios de acordo com o número de pessoas cadastradas e necessidades dos serviços da APS	Garantir a universalidade e equidade do SUS
Recursos financeiros vinculados ao componente desempenho	Cálculo e transferência de incentivos financeiros aos municípios vinculada ao cumprimento de indicadores de saúde, de acordo com parâmetros e metas pré-estabelecidas pelo MS	Cumprimento de metas estabelecidas pelo MS relacionadas a relevância clínica e epidemiológica	Alcance de melhores resultados em saúde	- Diminuir as internações evitáveis e a sobrecarga da MAC

Recursos financeiros vinculados ao componente de <i>incentivos e programas específicos</i>	Apoio financeiro aos municípios que aderirem ao Programa Saúde na Hora	Ampliação do Horário de atendimento das UBS em horário noturno, sábado e domingo	Ampliação do número de consultas realizadas por médicos e enfermeiros	Melhoraria da a estrutura da APS
	Apoio financeiro para os municípios que aderirem aos programas de apoio a Informatização da APS, conforme metodologia estabelecida pelo MS	Informatização dos registros e serviços de saúde do município	Promover o acesso e a qualificação dos dados, subsidiando a gestão dos serviços de saúde	
	Apoio financeiro considerando a estimativa de residentes por município que poderiam compoendo ESF, conforme metodologia estabelecida pelo MS	Ampliação da disponibilidade de médicos de saúde da família	Qualificação da assistência	
Recursos humanos do Ministério da Saúde	Suporte aos gestores municipais para compreensão dos indicadores, da capitação e mecanismos de monitoramento	Apoio para adaptação às mudanças	Melhoria de desempenho dos gestores municipais	Ganho de autonomia dos municípios

Apêndice C – Matriz de Riscos

MACROPROCESSO	OBJETIVOS	CAUSAS	EVENTO DE RISCO	CONSEQUÊNCIAS
Diagnóstico do Problema	Identificar e/ou realizar estudos adequados e suficientes para diagnosticar eventual problema na prestação de serviços à atenção primária à saúde do SUS, suas causas e consequências, que justifiquem a intervenção do estado	As causas e feitos do problema detectado não foram corretamente diagnosticados	Escolha inadequada de intervenção do estado frente ao problema público	Avaliação do programa comprometida, pois o problema não foi corretamente diagnosticado O problema detectado não será combatido diretamente
		Insuficiência de estudos que suportem o diagnóstico do problema	Sobreposição de intervenções visando solucionar o mesmo problema	Desperdício de recursos públicos, pois a intervenção do estado não se justifica.
	Levantar e analisar as alternativas viáveis	Efeitos não intencionais não mapeado		Desperdício de recursos públicos federais
		As causas e efeitos do problema detectado não foram corretamente diagnosticados		Relação negativa entre os custos do programa e os benefícios gerados
		Não foram analisadas alternativas de intervenção, além da alteração do modelo de financiamento de		Continuidade do problema detectado

Alternativas de intervenção	para solucionar o problema detectado	custeio da APS pela união, para solucionar o problema detectado	O Programa Previne Brasil não ser a melhor opção possível para combater o problema detectado	Escolha da alternativa com menor custo benefício para o público alvo do programa
		Insuficiência de evidências de que a alternativa de intervenção adotada é a melhor solução possível para combater o problema detectado		Deficiência na definição de objetivos, metas e resultados esperados do Programa.
Desenho do Programa	Caracterizar o programa (objetivos, público alvo, atores envolvidos, metas, indicadores, formas de monitoramento e avaliação)	Diagnóstico incorreto do problema	Objetivos que não atuam sobre as causas do problema da eficiência da APS	Falta de comprometimento do gestor local com o programa e, por consequência, com a atenção primária à saúde
		Ausência de ações, metas e indicadores para todos os objetivos do programa	Ausência de clareza sobre os resultados previstos da ação	Incremento do desequilíbrio federativo nas ações de saúde
				Dificuldade de controle e avaliação da política
Estratégia de implementação da política	Nomear as ações, os meios e instrumentos necessários para que o programa atinja seus objetivos, considerando-se os riscos envolvidos	Não consideração da competência dos municípios em relação à atenção primária à saúde	Não criação de benefícios adequados aos envolvidos	Desmotivação dos servidores das eFS e eAP
		Ausência de coordenação entre o programa da União e de outros pra APS de estados e municípios		Não alcance das metas traçadas
			Planejamento da implementação não	Desvirtuamento dos objetivos do programa
				Manutenção do problema que se quer combater

		Não análise dos riscos de insucesso	considerou os principais riscos para o alcance dos objetivos	Desperdício de recursos públicos
Impacto Orçamentário Financeiro	Estimar os custos totais do programa e avaliar se o poder público dispõe dos recursos para o financiamento do projeto, sem prejudicar o equilíbrio fiscal.	Estimativa realizada sem considerar o custo de implantação pelos municípios	Insuficiência de recursos para implementação do programa	Desequilíbrio fiscal e ausência de garantia da sustentabilidade das contas do governo municipal e federal
		Não considerou o teto de gastos		Maior custo na implementação do programa
		Não estimou os custos de externalidades geradas pelo programa		Aumento das despesas de outros programas
Monitoramento e Avaliação	Estabelecer a forma como os resultados da intervenção será acompanhado, de forma a identificar e corrigir falhas para o alcance dos objetivos	Indicadores inadequados ou inexistentes para avaliar se as ações planejadas estão gerando os resultados e impactos almejados.	Utilização, pelos gestores da saúde, de informações/dados incompletos para suportar a tomada de decisão	Dificuldade de identificação de distorções e adoção de medidas corretivas de forma intempestivas
		Falha no desenvolvimento lógico do programa		Ausência de transparência quanto aos resultados alcançados
		Ausência de mecanismos de controle para identificação e correção de erros intencionais ou não nos registros dos dados e informações nos sistemas da APS	Fraude no registro dos dados/erro na inserção dos dados nos sistemas da APS	Registros incorretos em relação ao real estado de saúde do cidadão
				Realização do cadastro sem atendimento de uma eFS e APS
				Pagamento de incentivos financeiros a municípios e equipes que não alcançaram as metas estabelecidas

Missão

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo

Visão

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável