

# **Financiamento da Atenção Primária à Saúde brasileira: avanços, desafios e ameaças**

**Adriano Massuda e Hêider Aurélio Pinto**

## **Referência:**

Massuda, Adriano; Pinto, Hêider Aurélio. Financiamento da Atenção Primária à Saúde brasileira: avanços, desafios e ameaças. In. Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS – Vol. II – Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. Org. Akerman, Marco et al. São Paulo: Hucitec, 2020. p.48-62.

## **Introdução**

Modelos de financiamento de sistemas de saúde e de pagamento por serviços de saúde são temas amplamente debatidos na saúde global, em razão do aumento de custos no setor. Além disso, ambos têm impacto sobre resultados em saúde e forte poder indutor sobre o uso de recursos disponíveis e o modo de organização do acesso a serviços e tecnologias.

Em recente reunião de alto-nível das Nações Unidas sobre Cobertura Universal de Saúde – meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – foi aprovada uma resolução que enfatiza a necessidade dos países garantirem financiamento público suficiente para o fortalecimento de sistemas de saúde, maximizarem a eficiência dos gastos em saúde para prestação de serviços acessíveis, oportunos e de qualidade, e aumentarem a destinação de recursos para a Atenção Primária à Saúde (APS), pilar para o alcance dos ODS relacionados à saúde (1).

No Brasil, ao longo dos 30 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde e no desenho de arranjos organizacionais de serviços de saúde viabilizaram um rápido e consistente crescimento da cobertura de APS, transformando o modelo de atenção à saúde num país continental e com grandes diferenças regionais, econômicas e socioculturais (2,3). A descentralização de recursos federais para municípios, combinada a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram decisivos para expansão da APS no país. A ESF ampliou acesso a serviços básicos de saúde e promoveu melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais (4,5), sendo reconhecida internacionalmente como exemplo de política de saúde pública bem-sucedida (6).

Entretanto, apesar dos avanços obtidos, o SUS e a APS brasileira encontram-se numa encruzilhada (7). Fragilidades estruturais do SUS e a enorme heterogeneidade entre os 5.570 municípios brasileiros imprimiram diferentes padrões de expansão da ESF (8) e de qualidade de serviços prestados (9), limitando o desempenho de funções essenciais da APS. Desde 2015, esses problemas vêm se agravando, em razão de alterações no contexto econômico e político do país.

Em 2016, foi aprovada uma emenda constitucional que congelou os gastos federais por 20 anos, comprometendo dramaticamente o orçamento de políticas sociais (10). A política de austeridade, a redução do orçamento disponível à saúde e à APS e o agravamento da situação fiscal dos municípios foram os fatores mais importantes para explicar as mudanças efetivamente significativas realizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017 (11).

Em 2019, além do aprofundamento da política de austeridade fiscal, a guinada ideológica para a extrema direita promovida pelo governo Jair Bolsonaro, tem provocado profundas mudanças no escopo de políticas sociais, educacionais e ambientais. Na saúde, uma das principais mudanças foi uma alteração ainda maior no financiamento da APS. Lançado pelo Ministério da Saúde, o programa “Brasil Previne” introduziu instrumentos de gestão como capitação e avaliação de desempenho como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes num município (12).

A nova política de financiamento da APS terá um conjunto de impactos para o SUS e para a saúde da população que precisam ser identificados e monitorados. Nesse artigo, discute-se os possíveis efeitos da nova política a partir de uma breve análise de contexto sobre tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e remuneração por serviços de saúde, bem como dos avanços, desafios e ameaças à APS e ao SUS no Brasil.

### **Financiamento de sistemas de saúde e pagamento por serviços de saúde**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aumento de gastos em saúde – decorrente do envelhecimento da população, do aumento da prevalência de múltiplas doenças crônicas, da incorporação de novas tecnologias – tem ocorrido num patamar superior ao crescimento do produto interno bruto dos países (13). Observa-se uma mudança no padrão de financiamento da saúde global, em que recursos para o setor provêm cada vez menos do gasto direto das famílias e mais de fundos comuns, principalmente de fontes governamentais (13).

Existem, entretanto, variações no modo de financiamento e de uso de recursos disponíveis entre países que interferem na equidade do acesso a serviços e tecnologias, na eficiência do uso de recursos, e na melhoria dos resultados em saúde. A análise comparativa entre países demonstra que aqueles com maiores percentuais de financiamento público e de alocação de recursos na APS apresentam melhores resultados em saúde e menores desigualdades entre grupos populacionais (14).

Na comparação entre países a partir de grupos econômicos, observa-se que entre os de alta renda o financiamento da saúde é predominante público e a APS tem forte papel na organização do sistema de saúde (14). A exceção a esse grupo é o Estados Unidos. Apesar do gasto total em saúde ser aproximadamente o dobro dos outros países ricos, alcançando 17,8% de seu produto interno bruto em 2016, o maior percentual é privado (53.4% do total). O maior gasto do país, porém, não se reflete em melhores resultados em saúde na comparação com outros países do grupo (15).

De outro lado, países de baixa e média renda apresentam financiamento em saúde predominantemente privado, sistemas de saúde com fragilidades estruturais e piores resultados em

saúde. Em geral, a APS e os programas de saúde pública são focalizados em doenças específicas e a assistência à saúde é majoritariamente paga por desembolso direto, onerando o orçamento de famílias e indivíduos (16). Como exceção a esse grupo, Cuba é um país de baixa renda em que o financiamento da saúde é praticamente todo público, a APS tem forte papel no sistema de saúde, e seus indicadores de saúde estão entre os melhores da região das Américas (17).

Além do financiamento do sistema de saúde, o modo de pagamento por serviços de saúde também produz incentivos com forte poder indutor sobre a configuração das práticas de saúde. Entre os serviços públicos, o setor saúde é um dos mais inovadores na adoção de instrumentos de gestão voltados para tornar mais estratégico o pagamento por serviços prestados, buscando promover melhorias de qualidade, volume ou produtividade (18).

Além da remuneração por salários e por serviços produzidos (*fee for service*), é cada vez mais comum entre países a adoção de modelos de pagamento que utilizam instrumentos de gestão como avaliação de desempenho; orçamento global para prestação de serviços pré-contratados; cadastro de pessoas ponderado por risco (capitação); bem como pagamento por casos baseado em grupos relacionados ao diagnóstico e por valores associados a resultados alcançados.

Os diferentes modelos de remuneração apresentam vantagens e desvantagens e seus efeitos podem ser variados conforme o contexto de cada país. A introdução de reformas no modo de pagamento de serviços também pode produzir impactos perversos e inesperados. Portanto, recomenda-se que mudanças sejam incrementais e evitem rupturas bruscas que possam causar efeitos colaterais ao sistema de saúde (18).

### **Avanços e desafios da atenção primária à saúde no SUS**

No Brasil, apesar do percentual do gasto público em saúde ter sido historicamente inferior ao privado – uma contradição para um sistema universal de saúde – a implementação do SUS promoveu inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde que induziram transformações no modelo de atenção no país (2).

Inicialmente, normas operacionais básicas (NOB) publicadas pelo Ministério da Saúde dirigiram o processo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios, que assumiram progressivamente a coordenação da gestão do sistema de saúde em âmbito regional e local. Em meio a descentralização do sistema, o Ministério da Saúde passou a ter papel estratégico na formulação de políticas de saúde e no direcionamento de incentivos financeiros para implantação de programas de saúde, particularmente de serviços de APS (2,3).

Inspirado em experiências loco-regionais bem-sucedidas, recursos para financiamento da APS foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 1996 (NOB-96), em repasses dirigidos para municípios implantarem programas dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Entretanto, foi a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, a mais importante iniciativa para impulsionar a expansão da APS no país (3,19).

Composto pelo PAB fixo, calculado pelo número de habitantes de um município, e pelo PAB variável, associado ao incentivo de políticas prioritárias, o PAB modificou a lógica de

pagamento até então baseado no número de procedimentos realizados. A transferência de recursos destinado exclusivamente à APS, de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, permitiu financiar serviços e ações de saúde em municípios mais carentes e desprovidos de infraestrutura básica, estimulando um investimento em APS que sem ele não aconteceria (3,19).

Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, reforçou a estratégia Saúde da Família como modelo prioritário para implementação de serviços de APS no SUS. Com isso, recursos federais foram adicionados ao PAB variável para incentivar municípios a implementarem equipes de ESF, com objetivo de desenvolver ações de saúde em âmbito individual e coletivo para a população de um território geográfico definido e promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção à saúde (3,20).

Em 2011, a PNAB foi revisada, foi estabelecido um componente de equidade fazendo variar o valor per-capita do PAB fixo, a partir de critérios demográficos e de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios. Além disso, foi estabelecido o chamado componente de qualidade por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que vinculou recursos ao PAB variável associados a avaliação de desempenho das equipes de ESF. Com base no número de equipes participantes e nos mais de 100 milhões de usuários envolvidos, o PMAQ foi considerado um dos maiores programas de remuneração por desempenho do mundo na APS (21). Criou ainda um componente de infraestrutura com recursos para construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde oriundo de outras fontes além do PAB (3).

A implantação da ESF propiciou avanços consistentes no aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil. De 1998 a 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros, e o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir, cerca de 130 milhões de pessoas (62,5% da população brasileira) (22). Estudos demonstram que o crescimento da cobertura de ESF no municípios está associado ao aumento no acesso a serviços de saúde, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, e melhoria nos resultados, com a queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando populações mais vulneráveis, como impacto positivo na redução de iniquidades no país (4,5).

Entretanto, apesar dos avanços alcançados, a APS brasileira enfrenta desafios e ameaças. Estudos apontam que a expansão de cobertura de APS ocorreu em padrões distintos no país, enfrentando barreiras associadas a fragilidades estruturais do SUS, como restrições orçamentárias, a frágil organização regional e baixa capacidade de alocação de recursos estratégicos, em particular de profissionais médicos (8). Além disso, disparidades entre os 5.570 municípios (68,2% têm menos de 20.000 habitantes, enquanto 5,8% têm mais de 100.000 habitantes) provocam grandes variações na qualidade de serviços prestados, limitando o desempenho de funções estratégicas da APS, como acesso de primeiro contato, coordenação de cuidados, integralidade e longitudinalidade (9).

Esses problemas vêm se agravando após as mudanças econômicas e políticas ocorridas no país. Como resposta à grave recessão econômica, o congresso nacional aprovou em 2016 uma emenda à constituição que limitou o crescimento de gastos federais ao reajuste inflacionário por 20 anos (7). No contexto de restrição orçamentária e em função dela buscando ajustar a política e os

gastos dos governos federal e municipais, mudanças no financiamento do SUS e uma nova revisão da PNAB foram realizadas em 2017, flexibilizando a composição de equipes de ESF, permitindo a redução de profissionais, a fragmentação da carga horária, o uso de recursos da APS em outras ações e serviços e reduzindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território (11, 22).

Em perspectiva futura, projeções econômicas apontam que a redução do financiamento federal para municípios deverá reduzir a cobertura de ESF e o acesso a serviços básicos, levando a piora nos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil. Esses efeitos tendem afetar principalmente regiões mais carentes e dependentes dos repasses federais, promovendo aumento de desigualdades em saúde (2, 24).

A projeções foram confirmadas por estudo que avaliou o efeito da recessão econômica sobre os municípios brasileiros (25). Observou-se um aumento de 4,3% nas taxas de mortalidade adulta entre 2012 e 2017, sendo estimado que cerca de 31.000 mortes estejam associadas ao efeito da recessão. Entretanto, o impacto não foi homogêneo no país. Houve concentração na parte da população composta por negros e pardos, homens, e pessoas em idade ativa. Por outro lado, municípios com maiores gastos no SUS e no Bolsa Família apresentaram nenhum ou pequenos aumentos na mortalidade.

### **Possíveis impactos do novo financiamento da APS**

Em 2019, o início da gestão de Jair Bolsonaro marcou uma guinada ideológica para a extrema direita no Brasil, provocando profundas mudanças em um conjunto políticas do governo federal. Na saúde, o governo declarou que a APS era prioridade, criou uma secretaria específica para a área no Ministério da Saúde (26). Contudo, do ponto de vista orçamentário, utilizando-se os mesmos critérios de estudo que analisou a evolução do financiamento desde a criação do PAB até o ano de 2018 (3), o orçamento de 2019, segundo o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), considerando todos os componentes de repasse aos municípios e também o Programa Mais Médicos, é ainda 5% inferior ao orçamento de 2014 quando deflacionamos a dezembro de 2019 pelo índice de preços do consumidor amplo (IPCA)<sup>1</sup>.

Entretanto, a alteração no modelo de financiamento da APS trará impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população, que precisam ser identificados e monitorados, principalmente, diante da manutenção por longo prazo das medidas de austeridade fiscal que deverá agravar o sub-financiamento público da saúde no país.

Instituído por meio da portaria 2.979, em novembro de 2019, o programa “Previne Brasil” substituiu os critérios até então utilizados para financiamento de custeio da APS no SUS. No

---

<sup>1</sup> Despesas administrativas com o Programa Médicos pelo Brasil não foram contabilizadas porque em 2019 e até o presente momento ele não foi implementado e esses gastos não cumprem os critérios estabelecidos: ser um recurso financeiro transferidos aos municípios ou configurar uma modalidade de repasse indireto, como por exemplo, o provimento de médicos que resulta na economia de recursos próprios do município que deixe de gastar com a contratação de um profissional.

lugar, foram introduzidos o número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde – ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde (12). A nova política foi apoiada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (27) e criticada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (28).

Não é novidade a utilização de capitação e avaliação de desempenho para remuneração de serviços nos sistemas públicos de saúde no mundo. Entre os países, a Inglaterra se destaca por ter realizado uma ampla reforma no Sistema Nacional de Saúde, adotando esses instrumentos para pagamento de serviços de APS (29).

O modelo inglês foi citado como referência para elaboração da nova política de financiamento da APS. No entanto, existe uma diferença fundamental. Aqui não foi proposto um modelo no qual o gestor, contratante ou empregador utilizaria a capitação e a avaliação de desempenho para remunerar serviços e empregados sobre os quais se exerce poder porque, no caso da APS brasileira, quem tem esse papel não é o governo nacional e sim o governo municipal. Esses instrumentos passaram a ser critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, que tem por finalidade subsidiar o financiamento de sistemas locais de saúde – dado que o SUS é descentralizado e quem é responsável, gerencia e paga pelos serviços de APS são os municípios.

Neste caso, a relação é entre entes de uma federação na qual um não pode determinar ações ao outro e o ente federal busca modificar indiretamente o comportamento de quem presta o serviço por meio da indução da mudança do comportamento do gestor municipal. Basear em experiências e modelos de gestão de pessoal e de contratação de serviços e transplantar seus instrumentos gerenciais como se fossem instrumentos de política pública de financiamento entre entes de uma federação, sem a devida adequação do modelo lógico e estudo de experiências que de fato correspondam ao que se quer implementar, pode desvirtuar eventuais aspectos positivos dos instrumentos e amplificar seus possíveis efeitos colaterais.

Quando utilizado como instrumento de pagamento pela prestação de serviços de saúde, a capitação apresenta vantagens como a adscrição de clientela, a responsabilização por uma determinada população e o fortalecimento do vínculo dos usuários com equipes de saúde/serviços. Informações produzidas pelo registro de pessoas podem ser de grande valia para o reconhecimento do perfil epidemiológico e planejamento da oferta de ações de saúde.

Além disso, a capitação pode dar ao usuário a opção de se vincular ao serviço que desejar, estimulando a competição entre equipes. Como eventuais efeitos perversos, descreve-se a seleção de pacientes (*risk selection*) por meio da criação de barreiras para registro de pessoas que utilizem excessivamente o sistema de saúde, que façam tratamentos de alto custo ou que potencialmente possam prejudicar metas de desempenho (30).

Ao se adotar a capitação como critério para financiamento da APS no SUS, em substituição ao financiamento per-capita, cria-se um condicionante que antes não existia para o repasse de recursos para APS, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde.

Imediatamente, o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios. No lançamento do programa, o Ministério da Saúde apresentou que existem 90 milhões de pessoas cadastradas e busca-se registrar outros 50 milhões (31). Portanto, a meta do governo federal claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira.

Em segundo lugar, embora seja esperado que a nova política possa aumentar o número de pessoas registradas em serviços de APS, e que a ponderação valorize regiões mais vulneráveis, o financiamento estará condicionado à efetividade do processo de cadastramento, o que deve variar substancialmente no país (4). Municípios em áreas carentes devem apresentar maior dificuldade administrativa para registro das pessoas, enquanto para cidades populosas, com grandes aglomerados populacionais, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa (32). Conseqüentemente, pode-se incorrer na redução de recursos para APS em regiões de grande necessidade.

Em terceiro lugar, especial atenção deve ser dada a eventuais efeitos colaterais sistêmicos do uso capitação como instrumento de financiamento. Por um lado, pode-se dirigir a atenção do gestor municipal para a expansão de pacientes registrados, em detrimento da continuidade e qualidade da atenção e abrangência dos serviços (especialmente aqueles sem incentivos de desempenho). Por outro, a depender de como isso seja traduzido como comando ou incentivo à equipes, pode-se estabelecer barreiras para cadastro de determinados grupos populacionais que exijam maiores cuidados ou que apresentem potencial risco ao alcance dos resultados. Possíveis restrições de acesso, redução de escopo e qualidade de serviços na APS tendem desviar pacientes para outros níveis do sistema, especialmente para unidades de urgência.

Em quarto lugar, apesar da remuneração de serviços por avaliação de desempenho buscar estimular que equipes aumentem produtividade para atingir metas pré-estabelecidas, evidências sugerem melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação (33) e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde (34). Além disso, o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação. Conseqüentemente, ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o sentido e escopo de trabalho das equipes de APS que deve ter como objeto as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas e comunidade.

Por fim, a abrangência dos serviços da APS também pode ser comprometida em função da nova política ter deixado de financiar equipes de Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), cuja atuação tem sido descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da APS, bem como apoiar a sua integração em redes de saúde (33). E, ao tornar desnecessário até mesmo o cadastro dessas equipes no sistema de informação, na prática torna-os invisíveis ao governo e às pesquisas que pretendessem acompanhar e analisar efeitos quando os NASF estão presentes ou não dentre os serviços da APS daquele território.

## **Conclusão**

Apesar do verniz modernizador que cobre a nova política da APS, a adoção da capitação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais parece servir mais a propósitos restritivos, do que à qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS. Discursivamente, além de promover a confusão do ato administrativo de cadastrar com o processo de produção do cuidado, pode atribuir ao gestor municipal a responsabilidade pela redução do repasse federal, seja por não ter feito “sua parte” cadastrando a população ou por não ter alcançado o desempenho esperado segundo os critérios de medição do Ministério. Numa perspectiva de prolongada restrição orçamentária, que agravará o sub-financiamento público da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF. Trata-se, portanto, de um retrocesso que deve ser enfrentado pelo conjunto da sociedade brasileira.

## Referências

1. UN General Assembly. Resolution 74/2: political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. United Nations, New York, 2019  
<https://undocs.org/en/A/RES/74/2> Acessado em: 20 de Janeiro de 2020.
2. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-56.
3. Pinto, H. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde em Redes*. 2018.
4. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Affairs*. 2017 Jan 1;36(1):149-58.
5. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS medicine*. 2017 May 30;14(5):e1002306.
6. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*. 2015 Jun 4;372(23):2177-81.
7. Massuda A, Hone T, Leles FA, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ global health*. 2018 Jul 1;3(4):e000829.
8. Andrade MV, Coelho AQ, Neto MX, de Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). *PloS one*. 2018 Aug 10;13(8):e0201723.
9. Facchini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 42, 208-223.
10. de Souza LE, de Barros RD, Barreto ML, Katikireddi SV, Hone TV, de Sousa RP, Leyland A, Rasella D, Millett CJ, Pescarini J. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. *BMJ global health*. 2019 Sep 1;4(5):e001661.
11. Pinto, H. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. *Saúde em Redes*, v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.
12. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio



- da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2019
13. World Health Organization. Public spending on health: a closer look at global trends. World Health Organization; 2018. Disponível em:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf>
  14. Blomqvist A. Public-Sector Health Care Financing In. The Oxford handbook of health economics. Oxford University Press; 2011 Apr 7.
  15. Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health care spending in the United States and other high-income countries. *Jama*. 2018 Mar 13;319(10):1024-39.
  16. Mills A. Health care systems in low-and middle-income countries. *New England Journal of Medicine*. 2014 Feb 6;370(6):552-7.
  17. Ojeda RM, Bermejo PM, Serrate PC, Mariño CA, Onega NC, Castillo DD, Bravo JA. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018 May 3;42:e25.
  18. Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing health services for universal health coverage: How to make it more strategic?. World Health Organization; 2019.
  19. Barbosa MG, Zortea AP, Cunha FM, Santos TC, Ribeiro DT, Nascimento DT, Ozorio JD, Ferreira AV, Ferla AA. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. *Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade–(PMAQ-AB)*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123. 2016.
  20. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. 2018;42:18-37.
  21. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *The Journal of ambulatory care management*. 2017 Apr;40(2 Suppl):S4.
  22. Ministério da Saúde. Números da Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2015. Disponível em:  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=t5qKpbgul5rxakYrcjiRrEQO>. Acessado em 17 Julho de 2018.
  23. Morosini MV, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017 Feb 13;33:e00206316.
  24. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS medicine*. 2018 May 22;15(5):e1002570.
  25. Hone T, Mirelman AJ, Rasella D, Paes-Sousa R, Barreto ML, Rocha R, Millett C. Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities. *The Lancet Global Health*. 2019 Nov 1;7(11):e1575-83.
  26. Reis JG, Harzheim E, Nachif MC, Freitas JC, D'Ávila O, Hauser L, Martins C, Pedebos LA, Pinto LF. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Sep 5;24:3457-62.
  27. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Nota da SBMFC sobre nova política de financiamento da atenção primária à saúde – Programa Previne Brasil. 28 de

- novembro de 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-nova-politica-de-financiamento/>
28. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/>
  29. Marshall L, Charlesworth A, Hurst J. The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. London: The Nuffield Trust. 2014 Feb.
  30. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. Health policy. 2002 Jun 1;60(3):255-73.
  31. Ministério da Saúde. Programa Previne Brasil quer incluir 50 milhões de brasileiros no SUS. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-11/programa-previne-brasil-quer-incluir-50-milhoes-de-brasileiros-no-sus>
  32. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP). [Nota técnica COSEMS / São Paulo: novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde] Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude/> Acessado em 03 de Dezembro de 2019.
  33. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. Ann Intern Med 2017;166(5):341-53. doi: 10.7326/m16-1881
  34. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. The Lancet. 2016 Jul 16;388(10041):268-74.
  35. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22:941-51.