

UMA ALTERNATIVA PARA SUPERAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL: PROPOSTAS PARA ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS PARA APS

Este documento foi elaborado por iniciativa da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), a partir de um processo de reflexão e construção participativa, por Aparecida Pimenta, Áquilas Mendes, Clarissa Lages, Dario Pasche, Francisco R. Funcia, Isabela Santos, José Luis (Luli) de Paiva, Lenir Santos, Ligia Giovanella, Luiz Augusto Facchini, Mariana Alves Melo, Rosana Aquino e Rosana Onocko

APRESENTAÇÃO

O presente documento trata de pressupostos e propostas para um novo modelo de transferências de recursos federais para o financiamento da Política Nacional de Atenção Básica, em substituição aos critérios definidos no *Programa Previne Brasil*, que teve início a partir do exercício de 2020 (Portaria MS nº 2.979/2019).

A estratégia de construção deste documento foi concebida e coordenada pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), sendo adotada a mesma metodologia de construção coletiva e participativa realizada em 2022 para o documento “Nova Política de Financiamento do SUS¹”.

A partir desses debates realizados anteriormente, a ABrES iniciou uma nova rodada de reflexão temática sobre o financiamento do SUS sob a ótica alocativa. Para isso, a ABrES contou com a participação de representantes de outras entidades da reforma sanitária, como ABRASCO, IDISA, Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, Cosems/RJ, Rede de Pesquisa em APS e especialistas em gestão do SUS, que assim como a ABrES, sempre estiveram presentes na discussão e análise crítica do *Programa Previne Brasil*. Esse grupo de trabalho tem se reunido para contribuir com o debate democrático na construção de um modelo alternativo de financiamento federal para a Política Nacional de Atenção Básica.

Há consenso neste grupo que a Atenção Primária à Saúde é estratégia estruturante do SUS e fundamental na garantia do princípio constitucional de acesso universal à saúde, o que nos coloca o desafio de contribuir para este debate, visto que o modelo de alocação financeira do Programa Previne Brasil gerou efeitos perversos nas redes de saúde, distanciando a Atenção Primária de sua concepção original e da experiência acumulada ao longo da história do SUS. O Programa Previne Brasil induz um modelo de atenção à saúde médico-centrado, focalizado, assistencialista, que não valoriza o trabalho no

¹ A Nota de Política Econômica da ABrES que propôs uma “Nova Política de Financiamento para o SUS” já reunia dados em torno do necessário debate alocativo de recursos para a APS, dado os impactos do Previne Brasil, destacando o comprometimento da universalidade e integralidade no SUS. Vide em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf)

território e na comunidade, sem fomento ao cuidado multiprofissional e organizado pela lógica produtivista (elementos de mercado).

A ABrES e este conjunto de entidades da reforma sanitária entendem que as contribuições sobre a política de financiamento do SUS e para a alocação de recursos para a APS são de fundamental importância para a sustentabilidade do sistema e a garantia do direito universal à saúde com a redução das desigualdades regionais e resposta às necessidades de saúde da população. Neste debate, as questões referentes ao financiamento da APS são essenciais dado o caráter estratégico dessa política para a estruturação do conjunto da rede de atenção à saúde do SUS.

O presente documento foi debatido e construído pelas entidades que o assinam, num processo de produção coletiva que acontece há cerca de seis meses. Nesse período foi possível estabelecer um rico diálogo com a nova equipe da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. No entendimento dessas entidades, a retomada de espaços de diálogo junto ao Ministério da Saúde é fundamental e decisiva para reconstrução do SUS. A gestão anterior do governo federal fechou espaços participativos como este e prejudicou a construção democrática e participativa de diferentes políticas, que se distanciaram do objetivo de garantir o acesso universal à saúde e, em muitos casos, trilharam um caminho oposto à ciência, à qualificação e à humanização do cuidado.

De tal maneira, a partir da identificação dos parâmetros que alicerçam o Programa Previne Brasil numa conjuntura de desfinanciamento do SUS, com congelamento de recursos imposto pela Emenda Constitucional nº 95/2016², e, ampliação da destinação de recursos por emenda parlamentar que nem sempre atendem aos planos municipais de saúde, este documento consolida um diagnóstico dos respectivos efeitos sobre as redes de saúde, sobre a prática das equipes e sobre o modelo de atenção técnico-assistencial, e aponta diretrizes estruturantes do processo de financiamento no SUS que orientam a organização de um novo modelo financiamento federal da APS e algumas propostas para a transição de modelo já em 2023.

Assim, o objetivo do documento é ampliar o debate sobre o financiamento federal para a Atenção Primária à Saúde através da construção coletiva e participativa de um modelo que substitua o Previne Brasil. Para tanto, o documento reúne ainda o arcabouço legal da estrutura de alocação e financiamento tripartite, equitativa e solidária prevista no SUS, base utilizada para a criação de um conjunto de pressupostos para substituir o modelo vigente, apontando para o fortalecimento da APS e do SUS, visando contribuir com a elaboração do Plano Nacional de Saúde do quadriênio de 2024 a 2027.

ANTECEDENTES

O histórico dos modelos de alocação de recursos financeiros federais para Política Nacional de Atenção Básica acompanha o processo de descentralização e municipalização da Saúde, pautado pelas relações interfederativas do SUS. O Ministério da Saúde tem o papel de formulador das políticas nacionais, a serem submetidas à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovação no Conselho Nacional

² Excepcionado no exercício de 2023 pela Emenda Constitucional nº 126/2022.

de Saúde, e é responsável pelo cofinanciamento dessas políticas, estabelecendo diferentes critérios de distribuição de recursos com o intuito de promover equidade, conforme legislado.

O início deste processo foi caracterizado pela formulação das Normas Operacionais Básicas dos anos 1990, que inauguraram as transferências obrigatórias constitucionalmente, aos estados e municípios, dos recursos federais, com lógicas de alocação de recursos federais para a Atenção Básica, diferenciada da Atenção Especializada.

No final dos anos 1990 foi criado o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo) que inaugurou o repasse per capita fixo, e significou um marco histórico no complexo processo de descentralização de recursos para os municípios, ampliando oferta e acesso.

Em 2006 na discussão, pactuação e implementação do Pacto de Gestão do SUS, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que definiu a Estratégia Saúde da Família como modelo técnico-assistencial prioritário para organização da Atenção Básica, centrado no cuidado integral e voltado às necessidades de saúde da população. Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a institucionalização de mais um incentivo fixo por adesão para fomento ao cuidado multiprofissional na APS. Em 2011, com início de nova gestão federal, a PNAB foi revisada com incorporação de mudanças nas transferências federais. Os valores do PAB fixo foram diferenciados conforme condições de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios e foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com incentivo relacionado ao processo de avaliação multidimensional na APS.

Em 2017, a PNAB sofreu uma revisão, com nova versão que flexibilizou a composição mínima das Equipes de Saúde da Família, reduzindo o número de agentes comunitários de saúde, criou uma nova tipologia de equipe, as Equipe de Atenção Básica (EAB), entre outras alterações.

A análise da evolução dos modelos de alocação da PNAB demonstra que os critérios não foram definidos tendo como referência as necessidades de saúde da população. No entanto, cabe destacar que a criação do PAB Fixo e sua ponderação foi um avanço no enfrentamento das desigualdades do país.

O Programa Previne Brasil, criado num contexto de agudização das políticas de austeridade fiscal (EC 95/2016), retrocessos nos direitos sociais e crise política do país, representou uma guinada no modelo anterior. Mudou radicalmente o modelo de alocação de recursos financeiros para a APS, acentuando o caráter assistencialista e gerencialista da gestão da atenção básica, com fortalecimento de elementos de mercado, se contrapondo à priorização da Estratégia Saúde da Família e ao trabalho em equipe multiprofissional nos territórios, e, ameaçando a universalidade e a integralidade do SUS.

Esta análise do impacto negativo do Programa Previne Brasil motivou o movimento coletivo das entidades da reforma sanitária na construção deste documento. A Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do sistema, cumpre papel estratégico na garantia dos princípios da universalidade e integralidade, e a defesa não só de aumento de recursos federais para a APS, mas também da implementação dos critérios de alocação

que contemplem as necessidades de saúde da população e a diversidade dos territórios e regiões de saúde, tal como determina a Lei Federal Complementar nº 141/2012, significa defender e reconstruir coletivamente o Sistema Único de Saúde, buscando a superação dos retrocessos que vivemos nos últimos anos. Amanhã será outro dia!

PARÂMETROS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

- **Componentes do Programa:** o Programa é composto de três componentes: Capitação Ponderada (lógica de cadastro de indivíduos validado por um conjunto reduzido de dados e vínculo à uma equipe homologada para cofinanciamento federal); Pagamento por Desempenho (atingimento de metas de indicadores de processo contabilizados, quase todos, por registro de produção); e, Incentivo por Ações Estratégicas (incentivo mensal fixo, por adesão, relacionado à ampliação de oferta);
- **Caracterização da Equipe Atenção Primária (EAP):** criada em maio de 2019, é um dos pilares do Programa, (Portaria MS nº 2.539/2019). Conta com uma composição mínima, para fins de cofinanciamento federal, formada exclusivamente pelos profissionais médico e enfermeiro com carga horária de 20h ou 30h semanais, priorizando o modelo de atenção médico-centrado;
- **Extinção de linhas de financiamento:** o Programa Previne extingue importantes linhas de distribuição de recursos:
 - Extinção do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo (recurso fixo, per capita, de R\$23 a R\$28 por ano). Dada a pressão dos gestores municipais, durante a implementação do programa, foi criado o incentivo per capita de R\$ 5,95 por habitante ao ano. Desta forma, ocorreu uma redução de 78% das transferências fixas distribuídas por critério populacional em relação ao modelo anterior. A redução das transferências de base populacional e sua substituição por transferências vinculadas ao número de indivíduos cadastrados fere o princípio constitucional da universalidade do SUS;
 - Extinção do cofinanciamento direto aos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – incentivo mensal fixo por adesão): transferências de até 20 mil reais por mês (a depender da composição das equipes) para equipes multiprofissionais que se articulavam à Estratégia de Saúde da Família para cuidado multiprofissional e estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos;
 - Extinção do financiamento direto à Estratégia Saúde da Família (ESF) (incentivo fixo mensal por adesão): transferências mensais de 7 a aproximadamente 10 mil reais, a depender da realidade socioeconômica do território, para o cofinanciamento federal de equipes homologadas da ESF;
- **Predomínio de componentes variáveis para transferências de recursos:** com a implementação do Programa, os recursos das transferências federais passaram a ser majoritariamente variáveis, atrelados a uma demanda excessiva de registro de

dados (produção) nos sistemas, vinculada a parâmetros de financiamento: processos burocráticos em detrimento de tempo para o cuidado (gerencialismo);

- **Metodologia de cálculo do impacto financeiro do Previne:** a metodologia de cálculo de impacto, base de comparação com o modelo anterior de alocação, estabeleceu uma comparação nominal dos volumes efetivamente transferidos ao município em 2019 com uma estimativa baseada nos melhores valores alcançáveis pelo Programa. Esta estruturação, que não considera a recomposição inflacionária e inclui recursos programados para atualização do piso salarial da categoria ACS previsto em lei federal, fundamentou a narrativa do Ministério da Saúde no sentido da garantia que a mudança de modelo de financiamento não resultou em perda financeira para nenhum município. Não menos importante, fica subentendido que casos de prejuízo financeiro são produzidos em demérito do trabalho dos próprios municípios, que não conseguiram captar 100% dos recursos alcançáveis, como se não houvesse outros fatores processuais e conjunturais determinantes, fora da competência municipal. Importante ainda lembrar que os critérios de rateio da Lei complementar 141/2012, não foram observados (art. 17).
- **Ampliação da participação de recursos destinados por Emenda Parlamentar:** em 2021, mais de 25% das transferências federais da modalidade fundo a fundo da APS ocorreram por emenda parlamentar. Este tipo de destinação, distancia-se do processo de planejamento, participação e controle social do SUS, acentua desigualdades na distribuição de recursos, e traz dificuldades na execução orçamentária pelos municípios (uma vez que a despesa majoritária da APS é com pessoal, e este tipo de fonte, por vedação constitucional, não pode ser aplicado em despesa com pessoal);
- **Inexistência de recursos novos adicionais para o Componente Pagamento por Desempenho:** a programação orçamentária do Componente de Pagamento por Desempenho herdou os recursos do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) programados para o exercício de 2019. Desta maneira, tendo em vista que o PMAQ-AB se caracterizava como um incentivo por adesão, os recursos do programa beneficiavam uma parcela dos municípios brasileiros. Com o Componente de Pagamento por Desempenho como uma transferência regular (sem necessidade de adesão) voltada ao conjunto dos municípios brasileiros, o volume máximo de recursos alcançáveis por município diminuiu. Da mesma forma, para os municípios anteriormente beneficiados pelo PMAQ-AB houve diminuição de recursos destinados, a partir de estratégias de qualificação/desempenho na APS;
- **Indicadores insuficientes para monitorar os resultados:** os 7 indicadores do Pagamento por Desempenho são insuficientes para monitorar os resultados de saúde, não contemplam ações coletivas de promoção à saúde, vigilância e proteção social na APS e não refletem a produção em saúde no território. Há dificuldades de registro dos dados provenientes de dificuldades de manuseio dos sistemas pelos trabalhadores, sistemas pouco amigáveis, dificuldades de registro de ações via tecnologia de informação e comunicação, problemas de

interoperabilidade com as bases nacionais (especialmente dos sistemas privados) e dificuldades de monitoramento pela gestão estadual;

- **Informações gerenciais deficientes ou inexistentes:** há falta/escassez de relatórios gerenciais por linha de cuidado e morosidade na disponibilização das informações gerenciais no sistema de gestão da AB do Ministério da Saúde (E-Gestor AB);
- **Falta de clareza quanto aos parâmetros de financiamento:** as diferentes lacunas do modelo de alocação fomentaram a criação tardia e alteração tempestiva de diferentes parâmetros. As frequentes alterações e inserções de novas condicionantes extremamente complexas, dificultaram a compreensão do modelo por parte de trabalhadores e gestores, prejudicando o processo de planejamento orçamentário municipal e afetando negativamente a gestão da Atenção Básica;
- **Parâmetros cadastrais não priorizam as ESF:** os parâmetros de cadastro das ESF e EAP são proporcionais em termos de carga horária semanal mínima profissional, e não priorizam a ESF. Ademais, a EAP se estrutura numa concepção reduzida de equipe de saúde (apenas médico e enfermeiro). Desta forma, dada a conformação da oferta da força de trabalho médica, a maior cobertura do cofinanciamento federal sobre os custos das EAP (em comparação à ESF) e outras dificuldades para o provimento médico pela administração direta municipal (teto maior salário municipal, limite com gasto de pessoal, entre outros), os parâmetros não só não priorizaram a necessária expansão da ESF, como fomentaram a ampliação das EAP;
- **Problemas na tipologia municipal adotada pelo Previnde:** a tipologia municipal utilizada para ponderar a diversidade entre os municípios, não beneficia os mais vulneráveis; e por outro lado a ponderação adicional para municípios Intermediários e Rurais é neutralizada pelo parâmetro reduzido (proporcional) de volume de cadastros. Da mesma maneira, a classificação utilizada, que tem como um dos principais parâmetros as vias de acesso, não dialoga com a especificidade da situação de saúde dos territórios. Desta forma, são observados casos emblemáticos em que uma mesma categoria abrange municípios de 3.000 e mais de 1 milhão de habitantes (como no caso da tipologia “urbano”), entre outras várias distorções observadas;
- **Distribuição não equitativa de recursos para os municípios:** o novo modelo de alocação do Programa Previnde Brasil, criado em um contexto de congelamento de recursos, gerou uma distribuição não equitativa entre os municípios (com diversos casos de redução). Entre 2014 e 2021, o aumento real de recursos federais transferidos para a APS foi condicionado, a partir de 2017, pela ampliação específica dos recursos de emendas parlamentares, sendo que em 2021 e 2022 metade delas são emendas de relator – o chamado orçamento secreto;
- **Redução da quantidade de equipes ESF existentes nos municípios com cofinanciamento federal:** entre 2011 e 2017 cerca de 98% das equipes ESF existentes eram cofinanciadas por recursos federais; e durante o Programa Previnde

Brasil, apenas 91,2% das ESF existentes nas redes de saúde foram cofinanciadas por recursos federais;

- **Redução da Cobertura da ESF a partir de 2020 e aumento do “número de cadastrados”**: ampliação do número de pessoas sob o cuidado de cada equipes (4 mil) com consequências como precarização do cuidado e sobrecarga aos trabalhadores;

ARCABOUÇO LEGAL

A mudança do Previnde Brasil por outro modelo de alocação de recursos federais para PNAB deve partir do pressuposto de cumprimento do arcabouço legal existente:

- Cumprir o que determina a Lei Complementar 141/2012, art. 17, quanto ao rateio federativo dos recursos da União para os Estados e Municípios;
 - a) Adotar a interpretação de que o artigo nº 17 da LC 141/2012 tem três eixos principais que devem estruturar a divisão dos recursos da União aos demais entes federativos: a) equidade entre os entes federativos, em acordo às condições socioeconômicas; epidemiológicas; geográficas; e demográficas (diminuição das desigualdades regionais); b) rede de serviços; c) desempenho do ano anterior.
- Atribuir aos municípios uma transferência per capita, em cumprimento ao eixo “a”, em acordo aos critérios da Lei Complementar 141/2012 que seja alocada aos municípios no cofinanciamento da APS;
- Estabelecer que a APS não seja objeto de terceirização pelo seu papel estratégico na organização da Rede de Atenção à Saúde, devendo estar na administração pública direta ou indireta;
- Discussão e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

DIRETRIZES E PROPOSTAS

PARA ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS PARA APS

- Construção de novo modelo de alocação dos recursos federais para a APS, para substituição do Programa Previnde Brasil, a ser incorporado no Plano Nacional de Saúde do quadriênio 2024-2027, com discussões capilarizadas, ouvidos os municípios e estados, academia, entidades da reforma sanitária, representativas, movimentos sociais e conselhos de saúde;
- Reorientar o modelo de alocação dos recursos federais para APS, direcionando-os gradativamente para o atendimento das necessidades de saúde da população e dos diferentes territórios, induzindo o aprimoramento da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de dirimir as desigualdades regionais, dando sustentabilidade à rede já existente; retomando o incentivo ao cuidado

multiprofissional³; ampliando a abrangência da política de provimento médico⁴ e de requalificação das UBS; reduzindo o impacto da destinação parlamentar⁵; fomentando a expansão da cobertura da ESF para sua universalização;

- Construir, em processo dialógico, uma nova metodologia de avaliação da APS, multidimensional e abrangente, com base operacional simplificada para facilitar a atribuição de valor a cada componente estudado, resgatando a experiência e princípios do PMAQ-AB para qualificação da gestão e do cuidado, integrando a avaliação do desempenho da Atenção Primária a ciclos de melhoria contínua do acesso e qualidade; O incentivo ao desempenho, por meio de melhorias contínuas, deve valorizar os padrões iniciais de cada UBS e equipe como referência para o alcance de metas.
- Recomenda-se retomar o processo nacional de avaliação externa de todas as equipes de ESF e AP. A avaliação externa da APS é um componente essencial para a definição objetiva e criteriosa de seu desempenho, sua situação e carências. Ademais, é preciso conhecer o alcance e a profundidade do desmonte da ESF ocorrido no último governo. A avaliação externa na forma de censo permite identificar carências em cada UBS e equipe da ESF, em relação à infraestrutura, pessoal, equipamentos TIC e clínicos, insumos e outros elementos essenciais à excelência dos serviços do SUS, de modo a orientar programas e intervenções específicas para superação dessas carências.
- Estabelecer modelo de alocação de transição, de forma participativa e amplamente dialogada, para o exercício de 2023, que objetive recompor as perdas de municípios com a implementação do Programa Previne Brasil em relação aos volumes transferidos em 2019 e que tenham expandido o número de equipes ainda não beneficiadas pelo cofinanciamento federal (o que inclui o cofinanciamento aos ACS) com efeitos já a partir do 2º quadrimestre⁶. A recomposição deve observar a correta metodologia de comparação, o que inclui a variação inflacionária e exclui o Componente de Incentivo por Ações Estratégicas (dado ser este o componente que reúne o conjunto de incentivos globais por adesão não alterados pelo Programa);

³ Em maio de 2023 a partir do que disciplinou a Portaria MS nº 635, definiu-se e criou-se incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária em Saúde.

⁴ Em 2023 foi retomado o Programa Mais Médicos pelo Governo Federal. De maneira que houve renovação da adesão dos municípios ao programa e publicação de diferentes editais de chamamento. O programa ainda sofreu alterações no sentido de tornar-se mais atrativo. Vide em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/356-ministerio-saude-anuncia>.

⁵ A Portaria MS nº 544 de maio de 2023 instituiu procedimentos para execução de despesas em ações e serviços públicos de saúde autorizadas na Lei Orçamentária Anual de 2023 com base no art. 8º da Emenda Constitucional nº 126, de 2022 (EC nº 126/2022). A partir do disposto, o Ministério da Saúde organizou processo de distribuição de 3 bilhões de reais, de acordo com as necessidades de saúde registradas pelos entes da federação na Atenção Especializada e Primária, que outrora estavam alocados para destinação por emenda parlamentar e que por força da EC nº 126/2022 foram realocados para despesas discricionárias.

⁶ Segundo dados apresentados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde em reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite de fevereiro de 2023, eram 56.740 serviços e equipes represados. Em 05 de abril de 2023, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias credenciando mais de 57.000 equipes e serviços para fins de cofinanciamento federal.

- Reduzir a proporcionalidade dos volumes e ampliar o mecanismo de transparência da destinação por Emenda Parlamentar, realocando os recursos para destinação a partir de programas de saúde pactuados na esfera interfederativa e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde;
- Ampliar a estabilidade e previsibilidade da coparticipação da União no cofinanciamento da PNAB, expandindo a cobertura com sustentabilidade, e alicerçando espaço para a reorganização do cuidado e prática da AB;
- Ampliar a concepção da PNAB, reativando o cofinanciamento ao cuidado multiprofissional dos NASF, integrado à rede AB⁷;
- Remodelar a Política de Provisão Médico, através de modelo público com participação das Secretarias Estaduais de Saúde e universidades públicas e cooperação internacional – reduzindo as possibilidades de privatização da APS (ADAPS);
- Incentivar as gestões estaduais (inclusive com estímulo financeiro) a assumirem suas atribuições na APS de cofinanciamento, Educação Permanente, Monitoramento e Avaliação e Apoio institucional e matriciamento para qualificação das gestões municipais e das equipes de APS;
- Restringir o papel da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS), atribuindo-lhe, no máximo, competência exclusivamente para gerir o programa de provimento médico federal para as equipes ESF, revogando todas as competências para atuar na APS de modo geral, competência precípua do município e supletiva do MS;

Proposta de modelo de transição para 2023 e pressuposto para alteração do modelo de alocação de recursos federais para a APS

- Estabelecer fluxo regular de credenciamento/homologação para efeitos de cofinanciamento federal, de três em três competências (prazo estabelecido para os gestores implantarem as equipes credenciadas), nos volumes dos parâmetros atuais, das ESF, ESB e ACS que aguardam credenciamento;
- Parametrizar, para efeitos de cálculo de repasse, em 100% de atingimento do ISF para todos os municípios no Componente de Pagamento por Desempenho no 3º quadrimestre/23⁸;

⁷ Em maio de 2023 a partir do que disciplinou a Portaria MS nº 635, definiu-se e criou-se incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária em Saúde.

⁸ Cabe destacar que o Ministério da Saúde, no entanto, através da Portaria MS nº 610/2023, prorrogou para o primeiro e segundo quadrimestres de 2023 o parâmetro de transferência do Componente Pagamento de Desempenho estabelecido anteriormente. De maneira que dos 7 indicadores, apenas 2 (relacionados a Hipertensão e Diabetes) estão com os parâmetros de transferência suspensos sendo pagos como se o conjunto de municípios tivessem atingido 100% das metas estabelecidas.

- Abrir processo de credenciamento de novas equipes NASF⁹, no período de julho a setembro de 2023, com homologação para fins de cofinanciamento federal a partir da competência de outubro/2023, para as novas equipes e para as já válidas na data;
- Manter as informações dos indicadores disponíveis para consulta no E-Gestor AB para fins de gestão, monitoramento e planejamento dos territórios;
- Debater amplamente o novo modelo de financiamento que substituirá o Previnde Brasil, especialmente no Conselho Nacional de Saúde e, inclusive, na 17ª Conferência Nacional de Saúde e durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual do período 2024-2027, bem como no processo de elaboração da Programação Anual de Saúde e da Lei Orçamentária para 2024.

São Paulo, 30 de junho de 2023.

Entidades que assinam este documento:

Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABrES

Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO

Rede de Pesquisa em Atenção Primária – Rede APS

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – COSEMS/RJ

Instituto de direito Sanitário Aplicado - IDISA

Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares - RNMP



⁹ Em maio de 2023 a partir do que disciplinou a Portaria MS nº 635, definiu-se e criou-se incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária em Saúde.