



Núcleo Docente Estruturante
Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública

**AVALIAÇÃO DOS REPASSES FEDERAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO ÂMBITO DO PREVINE BRASIL:**

**A caracterização dos municípios que mais perderam recursos financeiros por
região**

**EVALUATION OF FEDERAL TRANSFERS FOR PRIMARY HEALTH CARE
UNDER THE CONTEXT OF PREVINE BRASIL:**

**The characterization of the municipalities that lost the most financial resources
by region**

Akeni Lobo Coelho*¹
akeni.lobo@gmail.com
Ana Carolina Barros Martins**²

RESUMO

Introdução: O presente estudo se refere a um aprofundamento sobre a atual política de financiamento do SUS para a Atenção Primária à Saúde (APS), dentro do contexto estrutural e financeiro dos municípios dos estados brasileiros que mais apresentaram perdas de recursos durante o período descrito. Este estudo considera em sua análise, o papel dos entes (federal, estadual e municipal) que apresentam responsabilidade constitucional de financiar o SUS, por meio de receitas, para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. O trabalho mostra uma breve trajetória do financiamento da saúde no Brasil, discutindo sobre os desafios para o alcance da plenitude dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e os desafios municipais para aplicação da nova política de financiamento. As relações interfederativas complexas pelas disparidades entre os

¹ Mestre em políticas públicas da Fiocruz Brasília, bacharel em saúde coletiva pela Universidade de Brasília e discente em gestão pública pelo Instituto Federal de Brasília. E-mail: akeni.lobo@gmail.com

² Docente da área de Informação e Comunicação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília, Campus Brasília. E-mail: ana.barros.martins@ifb.edu.br

5.570 municípios, se apresentam na pesquisa, onde são selecionados municípios por região, no período de análise do ano de 2019 a 2022, para um maior aprofundamento nos estudos e impactos que afetaram as cidades com a aplicação do Previn Brasil. Por fim, a pesquisa traz uma avaliação abrangente das transferências de recursos financeiros por parte da União para o custeio dos serviços da atenção primária nos municípios brasileiros. Objetivo geral: Identificar e caracterizar os municípios que tiveram maiores perdas dos recursos federais de custeio, referentes ao financiamento da Atenção Primária à Saúde antes (2019) e depois (2020-2022) da implementação do programa Previn Brasil. Metodologia: A presente pesquisa, se trata de uma avaliação ex post, que utiliza uma abordagem quantitativa para analisar dados dos municípios que mais perderam recursos, avaliando o período anterior ao de início a implantação da nova estratégia de financiamento. Dados: Primários e secundários Variáveis de risco: Índices de agências avaliadora; Quantitativo populacional; População por faixa etária de risco; Participantes da bolsa família; Partido político do prefeito; PIB per capita; tipologia e região geográfica. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos como Excel para tratamento de dados e análise de conteúdo aplicado nos sites com as fontes oficiais. Resultados: A pesquisa mostrou que houve uma diminuição dos repasses para os municípios selecionados e esses, apresentaram características comuns em sua avaliação, o que sugere uma relação entre os fatores externos para que se tenha a redução dos recursos. Conclusão: Mesmo com a identificação de fatores relacionados, faz-se necessário um acompanhamento contínuo dos repasses a fim de identificar outras características que possam definir a relação de perda de recursos e se essas características estão presente em municípios que tiveram ganho de recursos.

Palavras-chave: Previn Brasil. APS. Novo modelo. Municípios. Financiamento da Saúde. Federalismo.

SUMMARY

The present study refers to an in-depth analysis of the current SUS financing policy for Primary Health Care (PHC), within the structural and financial context of the municipalities in the Brazilian states that presented the most resource losses during the period described. This study considers in its analysis the role of entities (federal, state and municipal) that have constitutional responsibility to finance the SUS, through revenue, to cover expenses with public health actions and services. The work shows a brief trajectory of health financing in Brazil, discussing the challenges in achieving the full principles and guidelines of the Unified Health System (SUS), and the municipal challenges in applying the new financing policy. Complex interfederative relations due to disparities between, 5.570 municipalities are included in the research, where municipalities are selected by region, in the period of analysis from 2019 to 2022, for greater depth in the studies and impacts that affected the cities with the application of Previn Brasil. Finally, the research provides a comprehensive assessment of the transfers of financial resources by the Union to fund primary care services in Brazilian municipalities. General objective: Identify and characterize the municipalities that had the greatest losses of federal funding resources, referring to the financing of Primary Health Care before (2019) and after (2020-2022) the implementation of the Previn Brasil program. Methodology: This research is an ex post evaluation, which uses a quantitative approach to analyze data from the municipalities that lost the most resources, evaluating the period prior to the start of the implementation of the new financing strategy. Data: Primary and secondary Risk variables: Rating agency indices; Population quantity; Population by age group at risk; Bolsa Família participants; Mayor's political party; GDP per capita; typology and geographic region. Data collection was

carried out using instruments such as Excel for data processing and content analysis applied to websites with official sources. Results: The research showed that there was a decrease in transfers to the selected municipalities and these presented common characteristics in their evaluation, which suggests a relationship between external factors leading to a reduction in resources. Conclusion: Even with the identification of related factors, it is necessary to continuously monitor the transfers in order to identify other characteristics that can define the relationship of loss of resources and whether these characteristics are present in municipalities that have gained resources.

Keywords: Prevent Brazil. APS. New model. Counties. Health Financing. Federalism

1 INTRODUÇÃO

Para falar de saúde no Brasil é preciso trazer o histórico antes da Constituição Federal de 1988 (CF/88), pois o país não tinha uma assistência à saúde para todos, apenas para aqueles que poderiam contribuir para a Previdência Social, tendo garantida a assistência à saúde do trabalhador e de seus dependentes. (COORDENAÇÃO JORNAL DO SENADO, 2014).

Para a parte da população que não tinha um trabalho formal capaz de contribuir com a Previdência Social, o serviço de saúde era cobrado. Para aqueles que não conseguiam pagar, ficavam sem atendimento ou aguardavam assistência filantrópica. A única assistência que se apresentava na época, fazia parte de um sistema integrado entre as esferas de gestão que faziam as funções de vigilância em saúde e assistência médica bastante pontual para a população. (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Após o grande aumento populacional, a partir dos anos 80, os governos começaram a se articular promovendo um aumento na assistência à saúde da população. Tais iniciativas foram precursoras da ideia de assistência universal, e integral entre os atores envolvidos além do entendimento sobre a descentralização da gestão para um fornecimento de assistência à população, essa movimentação veio antes da CF/88 (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

A partir desse novo e progressista entendimento, houve uma maior articulação entre os atores sociais e políticos para inclusão da saúde no escopo da Seguridade Social já prevista na Constituição Federal de 1988. Assim, determinou-se um dos primeiros pactos federativos para que a seguridade tivesse a responsabilidade de seu financiamento, baseado em recursos fiscais compostos pelos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios, além de contribuições sociais arrecadadas pela União, que incluem o financiamento da saúde (PIOLA et al., 2013).

Enfim chegou os anos de 1990, ano em que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre "as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes" (BRASIL, 1990a, on-line).

A primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); o funcionamento e organização da Atenção Primária à Saúde - APS; a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (BRASIL, 1990b).

Logo, a partir dessa nova estruturação solidificada pela CF/88, os novos passos da saúde pública brasileira vieram com a construção e contribuição social além de diversas políticas, programas e arranjos que promoveram a organização da saúde no Brasil. O instrumento de análise do presente estudo, faz parte desse grande processo contributivo que se dá pela recente política de financiamento, na qual uma proposta trazida como uma nova estratégia de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), trata sobre a forma das relações de transferências financeiras federais para os municípios aplicarem na assistência básica à saúde da população chamada Previner Brasil.

Tendo o programa Previner Brasil como objeto desse estudo, inclui-se na análise, a discussão dos impactos políticos, sociais e financeiros dessa estratégia, considerando os fatores como a influência política nos repasses federais, a pandemia de COVID-19 e as mudanças na legislação fiscal que ela trouxe a partir de sua aplicação. Assim, o estudo traz uma avaliação dos repasses feitos pelo governo federal para os municípios observando o contexto que estão inseridos, identificando os fatores associados.

No que se refere aos repasses federais no âmbito da estratégia do Previner Brasil, as influências dos fatores políticos e variáveis de risco, são as principais características assimiladas para a categorização dos municípios, como: quantidade populacional, capacidade de arrecadação própria, quantidade de pessoas com mais de 65 anos ou menores 5 anos, pessoas em situação de vulnerabilidade social, pertencentes ao cadastro de Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros fatores que envolvem os municípios e afetam o recebimento de transferências fundo a fundo, Coelho (2023).

Quando se trata da avaliação do montante recebido, mesmo com uma apresentação do aumento dos gastos entre 2019 e 2020 de aproximadamente 30,471 bilhões de reais com saúde saindo de 122,387 bilhões de reais em 2019 para 152,858 bilhões em 2020. Esse aumento é contabilizado para todos os gastos com saúde, em que provavelmente, pelo contexto vivido a época, foram relacionadas com despesas extras da União no combate à Pandemia de Covid-19.

Com isso, mesmo que para um aumento percentual do gasto em relação ao PIB de 7,830.652 trilhões de reais em 2019 e 7,447.858 trilhões de reais em 2020, o percentual gasto pela União com saúde representou 1,563% do PIB em 2019 e 2,052% do PIB em 2020 Schiller (2021), ainda assim, esse aumento não conseguiu abranger em plenitude a APS.

Outra análise se dá pela participação dos municípios nos gastos com a saúde. De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (CNM), os gastos municipais ultrapassam o percentual constitucional de 15%, e por vezes, existem municípios que chegam a gastar o dobro do previsto constitucionalmente. CNM (2023)

Diferentes perspectivas sobre a nova estratégia de financiamento são discutidas no processo de desenvolvimento da análise. Alguns autores como Giovanella e Massuda argumentam que a estratégia proposta pelo programa Previnde Brasil não atende à população inteira e traz dificuldades para os municípios, outros apontam para uma possível mercantilização na prestação de serviços de APS e fragilidade de outros profissionais das equipes de saúde da família.

O presente estudo ressalta a importância de embasar as decisões em evidências científicas para promover o aumento da efetividade das políticas públicas, considerando os fatores políticos e organizacionais envolvidos (RAMOS e SILVA, 2018), no qual o problema da pesquisa se dá partir das seguintes perguntas: Quais municípios apresentaram maiores perdas por região geográfica brasileira? Quais são suas principais características? Quais as correlações existentes entre as características desses municípios? E qual a relação entre os municípios que apresentaram maiores perdas de recursos dentro dessa nova estratégia de financiamento federal?

Como objetivo geral a identificação e a caracterização dos municípios que tiveram maiores perdas dos recursos federais de custeio, referentes ao financiamento

da Atenção Primária à Saúde antes (2019) e depois (2020-2022) da implementação do programa Previnde Brasil.

Como objetivos específicos, selecionar a partir da análise de todos os repasses, os municípios brasileiros que tiveram maiores perdas referentes ao financiamento da Atenção Primária à Saúde antes (2019) e depois (2020-2022) do programa Previnde Brasil, e trazer uma estratificação dos municípios que receberam menos recursos entre 2020 e 2022, em relação a 2019 dentro de cada região do Brasil, caracterizando os fatores associados aos ganhos e perdas desses recursos antes e depois do Programa Previnde Brasil em termos geográficos, demográficos e socioeconômicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para trazer à discussão o financiamento da saúde pública no Brasil, foi necessário mostrar um apanhado do contexto histórico em que o país se desenvolveu e sua organização político, financeiro e social para a implantação do sistema de saúde. Após essa explanação, se faz necessário trazer de forma mais explícita quais são os recursos envolvidos no processo e que tiveram um papel protagonista na implantação e manutenção da atenção básica. Assim, nessa seção será tratado sobre o modelo de financiamento usando o Piso de Atenção Básica, a defasagem na atualização dos recursos e o novo modelo Previnde Brasil.

2.1 PAB fixo e PAB variável

Antes da implantação desse novo modelo de financiamento, Previnde Brasil, a distribuição aos municípios, era feita por um modelo que se dividia em duas partes, sendo elas o Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e PAB Variável, esses blocos compondo um grande bloco chamado Piso da Atenção Básica (PAB).

Para um melhor esclarecimento do entendimento sobre esses pisos do modelo de financiamento, faz-se necessário entender o contexto que trouxe a aplicação desse método de repasse, assim, o PAB (Piso da Atenção Básica), organizado em duas partes a fixa e a variável foi criado pela Norma Operacional Básica (NOB) 96. O PAB fixo é calculado a partir da quantidade de população indicada pelo IBGE, multiplicado

por valor per capita nacional preestabelecido. Valor esse que é transferido automaticamente aos fundos municipais de saúde. O PAB variável refere-se aos recursos financeiros destinados a incentivar os municípios a implantarem algumas estratégias definidas pelo Ministério da Saúde. Outra regra trazida pela NOB 96 foram as transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde).

Na aplicação do modelo e de uma forma mais prática, o PAB Fixo se dava a partir do cálculo da multiplicação da população estimada pelo IBGE, residente no município por um valor preestabelecido variando entre R\$23,00 e R\$28,00 por pessoa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Também eram contabilizadas variáveis de risco de indicadores previstos, como o PIB per capita, o percentual da população com plano de saúde, número de famílias beneficiárias por programas sociais como Bolsa Família, o percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Já o PAB variável, estava relacionado com a prestação de serviços para a população dentro do escopo e carta de serviço do Ministério da Saúde (MS). Com isso eram necessários o credenciamento e a efetiva implantação, por parte dos municípios desses serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2.2 A defasagem dos recursos

Ao observar esse antigo modelo, autores já debatiam sobre a questão da defasagem de recursos, postulando que esses eram insuficientes para manter o custeio dos programas. Essa defasagem financeira aliada à falta de atualização dos valores repassados foi observada com a falta de estabilidade dos serviços e precarização do atendimento, visto que os valores que eram pagos no início da criação do programa foram mantidos nos anos subsequentes sem a devida correção inflacionária. Em um estudo realizado por Mendes, Carnut e Guerra (2018), observou-se uma insuficiência financeira para custear as equipes e as ações de Saúde da Família (eSF) (Programa do hall do Ministério da Saúde).

Para além da defasagem dos recursos, ainda de acordo com Mendes, Carnut e Guerra (2018), existe uma contrapartida financeira advinda dos municípios que chega a aproximadamente 70% dos recursos próprios para o financiamento da APS.

Souza (2020), ainda traz outro agravante no modo operante do financiamento que é a falta de harmonia entre despesa autorizada, empenhada e paga dentro do ciclo orçamentário anual executado no Brasil, isso ainda é um problema atual que afeta diretamente a prestação de serviços essenciais, já que a não execução dos recursos possibilita perdas ou adiamentos significantes da disponibilidade de recursos para o Sistema Único de Saúde. Em seu estudo, Souza destaca a ocorrência de problemas como limites insuficientes para pagamentos de programas propostos pelo próprio MS, visto sua incapacidade de manutenção financeira dos serviços estabelecidos.

Por fim, uma mudança no cenário já se fazia necessária para conseguir sanar a falta de acompanhamento e manutenção do antigo modelo de financiamento, e com isso, em 2019 deu-se início às discussões e a implantação do novo modelo de financiamento da atenção básica brasileiro.

2.3 O Previnde Brasil

Este modelo constitui uma nova estratégia elaborada, de acordo com o Ministério da Saúde, em conjunto com a sociedade civil, os representantes dos conselhos estaduais de saúde e conselhos municipais de saúde tendo como resultado a publicação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, trazendo uma nova proposta para o financiamento e alterando as formas de repasses federais para a APS aos municípios, apresentando como principal alteração a definição de três critérios para a determinação dos repasses, sendo eles a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A proposta implantada apresenta mudanças planejadas nos repasses financeiros em que a principal estratégia se dá pela responsabilidade individual dos gestores e profissionais locais em relação à população em sua área de cobertura e sua assistência prestada (HARZHEIM, 2020).

Basicamente a proposta veio substituir o modelo de transferência a partir dos PABs, ao introduzir o repasse baseado no número de pessoas cadastradas nas eSF e APS, cadastradas no MS, levando em consideração os critérios estabelecidos como a vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica

delimitados pelo Ministério. A nova forma de contabilizar traz também o pagamento por desempenho a partir de resultados e metas alcançados pelas equipes acerca de indicadores definidos pelo MS, por fim, os programas previstos como prioritários pelo governo federal também são incentivos a serem somados se aplicados nas realidades municipais (BRASIL, 2019b).

2.4 Comparação

A figura abaixo apresenta um comparativo entre os dois modelos de financiamento, abordando as principais mudanças, as exclusões e inclusões de cada aspecto planejado.

Figura 1 – Quadro comparativo

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\$23,00 a R\$28,00 <i>per capita</i> .
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 <i>per capita</i> .
Vulnerabilidade socioeconômica	SIM*	SIM*	Mantém o percentual de pessoas que recebem bolsa família. Exclui os dados referentes ao PIB <i>per capita</i> , percentual da população com plano de saúde; ao percentual da população com Bolsa Família; ao percentual da população em extrema pobreza. Inclui os critérios de percentual de pessoas que recebem O Benefício de Prestação Continuada (BPC) e até 2 salários-mínimos de benefício previdenciário. Aumenta do peso deste critério para 30%
Características demográficas	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 <i>per capita</i> .
Características geográficas	NÃO	SIM	Inclui o critério de classificação do IBGE de municípios urbano-rural. Aumento de até 100% sobre o valor <i>per capita</i> .
Desempenho da APS no município (P4P)	SIM*	SIM*	Exclui os incentivos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Inclui o critério de pagamento por meta de cadastro e de acordo com atingimento de metas de processos e resultados intermediários das ESF, resultados em saúde; e indicadores globais da APS. ** 2023 REFORMULAÇÃO NOVO GOVERNO
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: MS 2020

3 METODOLOGIA

Baseando-se no estudo de (Coelho, 2023), a presente pesquisa utiliza uma abordagem quantitativa para analisar dados dos municípios que mais perderam recursos, avaliando o período anterior ao de início da implantação da nova estratégia de financiamento (2019), e o período seguinte (2020-2022) que engloba os anos de

implantação com fatores de compensação e os anos de aplicação dos fatores integralmente.

Os dados primários e secundários envolvem as transferências de recursos federais no bloco de custeio para atenção básica que são enviados para os municípios. Outros dados avaliados são das variáveis de risco, e dentre eles, o índice da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan), que traz em um dos seus estudos o índice Firjan como instrumento avaliativo de desenvolvimento municipal, baseado no estudo do Sistema FIRJAN, no qual acompanha anualmente o desenvolvimento socioeconômico de todos os mais de 5 mil municípios brasileiros em três áreas de atuação: Emprego & renda, Educação e Saúde. Criado em 2008, ele é feito, exclusivamente, com base em estatísticas públicas oficiais, disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, Educação e Saúde. (FIRJAN)

IDHM das Nações Unidas, que é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

O quantitativo populacional, população por faixa etária de risco (maior que 65 ou menor do que 5 anos de idade), participantes da bolsa família, partido político do prefeito, PIB per capita, são elementos de variáveis de risco consideradas para a avaliação dos repasses.

Outra classificação de grande importância e de papel fundamental para os repasses federais, se dá pela definição do IBGE, em que os municípios foram classificados de acordo com o estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 23, denominado Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil. Esse estudo relaciona a tipologia municipal com o tipo de equipe implantada (equipe de atenção primária – EAP – ou equipe de saúde da família – EqSF), em que se define o quantitativo máximo de pessoas que o município poderá cadastrar até o limite da população registrada na estimativa IBGE referente para o período de análise.

Assim, apesar do modelo trazer para o componente de atendimento, a necessidade de cadastramento das pessoas da área de atuação, os cadastros realizados pelas equipes municipais somente serão validados se tiver compatibilidade de pessoas em relação a capacidade das equipes EAP ou EqSF. Com isso, uma ampliação de cadastro visando um aumento de arrecadação, depende da ampliação das equipes de saúde e habilitação delas pelo próprio Ministério da Saúde.

Por fim, a região geográfica também está sendo considerada, para que juntas sejam essas as principais características para avaliação municipal utilizadas no processo de desenvolvimento da presente pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de instrumentos como Excel para tratamento de dados e análise de conteúdo a ser aplicado nos sites com as fontes oficiais, disponibilizados como o portal da transparência, as matérias e publicações do Ministério da Saúde, as publicações do Diário Oficial, o sistema de informações sobre Sistema de Informação em Orçamento Público em Saúde (SIOPS), sistema de acompanhamento do E-gestor e fontes qualificadas para o desenvolvimento do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira análise se deu a partir do estudo de Coelho (2023), que trouxe o apanhado geral dos cálculos de todos os municípios brasileiros, apresentando aqueles municípios que tiveram aumento dos recursos, diminuição dos recursos ou se mantiveram com os mesmos recursos que no último ano de exercício do antigo modelo de financiamento.

No estudo referido, o autor buscou o valor total recebido pelos municípios, que foram destinados por transferência fundo a fundo do governo federal, exclusivo para a atenção básica. Foram excluídos todos os outros componentes como recursos extras para o enfrentamento da COVID-19, os recursos para pagamento de agentes de saúde e recursos para financiamento. Após essa separação de informações, o cálculo que baseou o estudo se deu pelo valor total de transferências do ano de 2019, sendo esse o ano base, e subtraindo do valor recebido nos três anos seguintes. A escolha se deu pela complexidade da mudança, onde foi percebido a necessidade de ajustes ao longo da implantação.

Os ajustes foram lembrados ainda no estudo de Coelho (2023), os quais exceções como garantia de suplementação de recursos para os municípios prejudicados e aplicação de créditos extraordinários para auxílio das metodologias de implantação e captação foram promovidas na tentativa de adaptação ao novo modelo. Porém em sua conclusão, o autor apontou que mesmo com os diversos mecanismos oferecidos pelo governo federal, ainda assim, municípios

apresentaram esse déficit de recursos quando comparado ao modelo de financiamento anterior.

Na tabela abaixo, foram selecionados a partir do estudo de Coelho (2023) os municípios que tiveram as maiores perdas de recursos, separados por região. A escolha se deu pelo maior valor de déficit entre todos os municípios, a fim de selecionar um município por região.

Tabela 1 – Municípios com maiores déficits

Região	UF	Município	Valor 2019	Valor 2020*	Valor 2021*	Valor 2022*	Total da redução**
Norte	TO	COLINAS DO TOCANTINS	10.057.096,16	- 3.231.457,13	- 4.220.605,07	- 65.077,62	-
Nordeste	PE	JABOATÃO DOS GUARARAPES	79.229.524,45	- 20.985.466,26	- 20.303.080,35	- 22.872.471,94	-
Centro Oeste	MS	PONTA PORÃ	14.210.850,10	- 3.489.415,90	- 2.738.285,35	- 1.609.056,28	-
Sul	SC	CRICIÚMA	28.623.316,36	- 5.247.891,20	- 5.557.067,72	3.696.255,27	-
Sudeste	RJ	NOVA IGUAÇU	77.419.481,26	- 28.445.958,90	- 26.013.691,88	- 26.619.150,77	-
							81.078.801,55

* Valor calculado entre a diferença do valor recebido em 2019 com o ano avaliado. ** Soma das perdas dos anos avaliados (2020 a 2022)

Abaixo, o estudo traz as informações sobre as variáveis de risco selecionadas para a caracterização desses municípios que tiveram maiores perdas, para criar uma relação motivada, que possa tentar justificar tais perdas. Sendo elas então o partido político dos prefeitos eleitos, o índice Firjan e IDHM, a tipologia, a quantidade de população, a renda per capita, quantidade de pessoas assistidas pelo bolsa família, quantidade de idosos e crianças que se encontram nesses municípios.

Tabela 2 – Caracterização dos municípios

Município	Partido político	Tipologia	População*	PIB PER CAPITA	IDHM	Indice FIRJAN	Bfa**	Idosos >65	Crianças < 5 anos
COLINAS DO TOCANTINS	PSL	Urbano	34.233	R\$ 23.769,37	0,701	0,684995	4.974	2.793	2.682
JABOATÃO DOS GUARARAPES	PL	Urbano	644.037	R\$ 22.680,83	0,717	0,675499	58.489	62.256	39.114
PONTA PORÃ	PSDB	Urbano	92.017	R\$ 52.713,01	0,701	0,668606	12.044	7.470	7.236
CRICIÚMA	PSD	Urbano	214.493	R\$ 45.871,13	0,788	0,818582	7.866	21.989	12.816
NOVA IGUAÇU	PL	Urbano	785.867	R\$ 21.559,06	0,713	0,661227	73.333	85.312	47.372

*População de acordo com IBGE 2022 ** Qtd. beneficiários acompanhados Bolsa família 2022.

Observa-se que os municípios que mais perderam recursos foram categorizados como tipologia urbano, sendo essa característica, a que mais perdeu

recursos entre todas de acordo com o estudo de Coelho (2023). Os fatores políticos também foram levados em consideração para avaliação da capacidade de arrecadação sendo essa uma variável subjetiva, visto que os municípios avaliados, com os seus prefeitos eleitos, são de partidos considerados de direita ou centro direita, o que traz uma percepção contrária ao que se espera, levando em conta que a relação entre os entes seria de apoio ao governo federal da época e que a relação de apoio político tem um impacto na distribuição de recursos. Simão, J. B., & Orellano, V. I. F. (2015).

Com exceção de Criciúma SC, que tem um alto desenvolvimento, os outros municípios apresentaram IDHM e Índice Firjan aproximados, sendo este índice que considera os municípios com desenvolvimento moderado como mostrado na Figura 1. Na análise sociodemográfica, tivemos os cálculos populacionais em que os municípios apresentaram na avaliação: população idosa com um percentual de 8 a 10%. Para a população de crianças menores que 5 anos, esses municípios apresentaram um percentual de 5 a 7% da população infantil dessa faixa etária em relação a totalidade de sua população registrada.

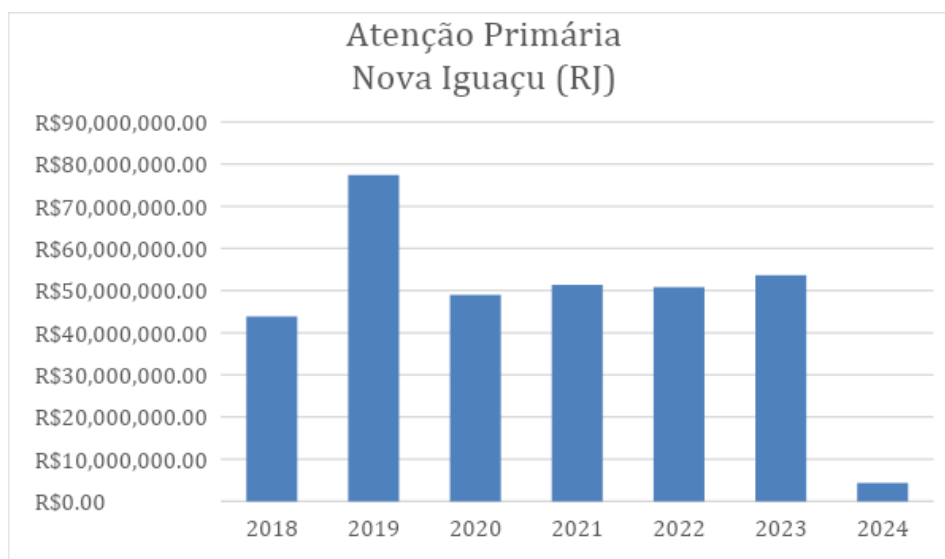
Figura 1 – Classificação Firjan



Fonte: FIRJAN (c2018).

A população, a quantidade de pessoas cadastradas no bolsa família e a renda per capita, são fatores que não apresentaram proximidade e tiveram grande diferenças percentuais e proporcionais para análise, porém são de grande importância para uma avaliação mais completa da situação desses municípios.

Na análise dos valores onde proporcionalmente e pelo valor total, o município de Nova Iguaçu foi, entre os analisados, o município que obteve maior perda na série histórica. Com os maiores números em relação às variáveis destacadas, o município de Nova Iguaçu apresentou o seguinte gráfico de recursos federais destinados à secretaria municipal.

Gráfico 1 – Recursos federais para o município de Nova Iguaçu

Fonte: FNS 2024

Com isso, foi observado que houve uma falta de adaptação do município à nova estratégia de financiamento, e, como os outros, merece uma maior observação local para que haja uma manutenção organizacional e administrativa na estrutura do município, a fim de entender que outros fatores estão envolvidos nessa perda acentuada de recursos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa traz um extrato pontual do impacto trazido pelo novo modelo de financiamento da saúde chamado Previne Brasil, embora tenha, de uma forma geral um aumento dos recursos federais no período analisado, municípios que não conseguiram se adaptar às mudanças, ainda enfrentaram dificuldades para alcançar sua plenitude da capacidade de arrecadação. Como percebido nos municípios avaliados, aqueles considerados como urbanos, por terem a maior concentração de pessoas, foram os mais afetados com essa diminuição de recursos. Mesmo com medidas excepcionais como emendas parlamentares e medidas extraordinárias tomadas pelo governo, foram identificadas perdas, logo, as medidas não foram eficazes.

Com isso, o presente estudo demonstrou a importância do acompanhamento das políticas públicas, a fim de fiscalizar, aprimorar e trazer uma ampliação na

discussão do financiamento na saúde, munindo a sociedade civil e acadêmica para futuras discussões políticas como na implementação de programas e serviços públicos.

Por fim, para uma avaliação mais concreta, se faz necessário uma aprimorar transparência dos dados, e compatibilidade entre as bases de dados oficiais, que demonstram os repasses, sendo essa uma grande limitação encontrada no desenvolvimento do estudo, a fim de permitir uma avaliação mais precisa do financiamento da saúde no país de forma estratificada e mais assertiva, como o que fora apresentado no presente estudo, em que a partir do alcance dos objetivos propostos, conseguiu exemplificar de forma mais clara e próxima os principais municípios que foram afetados negativamente pelo modelo, mostrando as relações sociodemográfica que existem entre eles.

Para tanto, sabe-se que a aplicação de um modelo de financiamento como o atual, em um território de tamanho continental, observa um grande desafio e a avaliação de todo esse processo se torna uma atividade árdua de responsabilidade dos gestores e da sociedade. Somando a essa mudança e as diretrizes e princípios de universalidade, equidade e integralidade, adicionando os fatores sociais, globais e políticos que fazem parte do contexto, no qual devem ser analisado com toda essa grande conta, que é bastante complexa, se torna necessário um acompanhamento contínuo das modificações que estão envolvidas no processo, como também avaliar as novas decisões que afetam o modelo, para acompanhar os impactos na sociedade no principal programa do sistema de saúde pública brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANTES do SUS, saúde era para poucos. Em Discussão!. Brasília, ano 5, n. 19, p. 14-15, fev. 2014. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/acervo-historico/em-discussao/arquivos/19/@download>. Acesso em: 06 jan. 2024.

COELHO, Akeni. AVALIAÇÃO DOS REPASSES FEDERAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS: Quem ganha e quem perde? Orientador: Everton Nunes da Silva. 2023. 192 p. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado) - Aluno, Fiocruz Brasília, Brasília, 2023.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. *O financiamento da Atenção Primária em Saúde no período de 2018 a 2021*. Brasília, DF: CNM, 23 abr. 2022.

Disponível

em:

<https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudo%20CNM%20APS%20vFinal.pdf>.

Acesso em: 06 jan. 2024.

FIRJAN. Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM). [Rio de Janeiro: FIRJAN]. c2018. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm/>. Acesso em: 06 jan. 2024.

HARZHEIM, E. Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401189&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Inflação. Brasília: IBGE, [202-]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>. Acesso em: 06 jan. 2024.

MENDES, Á; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 224-243, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvrBmBzh4CJXdXBJDh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Previne Brasil – Modelo de financiamento para a APS. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, [2019?]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 05 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Piso da Atenção Básica Fixo é atualizado. *Ministério da Saúde*: notícias, Brasília, DF, 29 nov. 2017. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2510>. Acesso em: 06 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tire suas dúvidas sobre o novo financiamento. *Ministério da Saúde*: notícias, Brasília, DF, 18 nov. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6334>. Acesso em: 06 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1. pdf. Acesso em: 06 jan. 2024.

PIOLA, S. F. et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. v. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde, 2013. p. 19-70. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na Saúde Pública. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 296-306,

jan./mar. 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cqW4QSyxNcKGPrz9vtGjPwb/abstract/?lang=pt>.
Acesso em: 06 jan. 2024.

Schiller, Esther Ferreira, “Finanças públicas: considerações acerca dos gastos da União com saúde, segurança e educação frente ao pagamento da dívida pública,” *Biblioteca digital de Trabalhos de Conclusão de Curso*, acesso em 8 de janeiro de 2024, <https://bdtcbra.omeka.net/items/show/556>.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F.. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estudos Econômicos* (São Paulo), v. 45, n. 1, p. 33–63, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-4161201545133jby>.
Acesso em: 20 janeiro. 202

Souza, Tiago Pereira de “O sistema de saúde brasileiro e a política pública: história, avanços, problemas, necessidades e desafios,” *Biblioteca digital de Trabalhos de Conclusão de Curso*, acesso em 8 de janeiro de 2024, <https://bdtcbra.omeka.net/items/show/332>.