

“Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde

“Previne Brasil”: bases of the Primary Health Care Reform

Erno Harzheim

(<http://orcid.org/0000-0002-8919-7916>)¹

Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), chamada “Previne Brasil”, com objetivo de fortalecer os atributos essenciais e derivados da APS propostos por Starfield¹. O Previne Brasil busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem. Com este movimento pretendemos enfrentar os desafios não resolvidos da APS no SUS e inovar na organização dos serviços, mantendo, com solidez, os princípios que regem nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e a APS. O texto apresentado por Massuda sugere equivocadamente que o Previne Brasil², “(i) parece ter objetivo restritivo”, “(ii) deve limitar a universalidade”, “(iii) aumentar as distorções no financiamento”, “(iv) induzindo a focalização de ações de APS no SUS”, (v) “reverte a redução das desigualdades na saúde”. Ora, o conjunto de estratégias planejadas e oficializadas ao longo de 2019 - entre as quais o Previne Brasil é a mais importante -, caminham em direção diametralmente oposta. Propomos a radicalização dos atributos da APS, radical como raiz, como fundamento e origem, radical como Reforma Estruturante. Assim, apresentamos a seguir os cinco pontos centrais que marcam esta nova direção para o fortalecimento da APS.

O primeiro ponto se refere ao objetivo de ampliação de recursos para aumentar o número de equipes de Saúde da Família (eSF) e os tipos de equipes financiadas. Pela primeira vez, as equipes de atenção primária (eAP) passaram a receber recursos federais, ao contrário das antigas EAB, que existiam no papel, mas que na prática não possuíam recursos federais para sua implementação. Entretanto, o município só pode credenciar as eAP com manutenção da cobertura de eSF. Isto é, é impossível ter retrocesso na cobertura de Saúde da Família. Além disso, há incentivos e ações sistemicamente propostas que só podem ser aplicadas em equipes de Saúde da Família, como o incentivo para residência em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade e Odontologia de Família e Comunidade.

Outra ação específica para as ESF é o programa de provimento e formação de especialistas em medicina de família e comunidade, os Médicos pelo Brasil. Em números, temos um total de equipes de Saúde da Família financiadas em dezembro/2019 de 43.458, e em janeiro/2020, de 43.448. E mais 1.192 eAP que passaram a ser pagas em 2020. A primeira competência financeira com base cadastral de 2020 financiará em torno de 45.700 equipes de Saúde da Família (eSF), uma ampliação de 6% em relação a dezembro de 2019. Portanto, não há restrição na implementação do número de equipes; ao contrário, no planejamento federal até 2022, a meta é se atingir 50.000 equipes, ou seja, manter e acelerar a expansão das eSF no Brasil³.

O segundo ponto se associa à questão da universalidade. Em nenhum Sistema Universal de Saúde com base na Atenção Primária à Saúde, a capitação - proposta como *parte* do atual financiamento federal - limitou a universalidade. Basta ver a realidade de Portugal que também utiliza como parte de seu financiamento capitação ponderada e que está perto de atingir 100% de população coberta por médicos de família^{4,5}. Ao contrário, a capitação ponderada expande a responsabilização do sistema de saúde pelas pessoas, permitindo melhor conhecimento e acompanhamento longitudinal das mesmas ao financiar o cuidado ofertado às pessoas efetivamente adscritas às equipes e favorece de forma transparente o planejamento e a alocação de recursos para as equipes de atenção primária. Pelo Sistema e-Gestor⁶, estão disponíveis as informações de cadastro de cada município e de cada equipe, com a identificação individual de todas as pessoas cadastradas, assim como os indicadores de saúde que servirão para balizar o pagamento por desempenho. Esses dados estão disponíveis e transparentes em nível nacional, regional e estadual para todos os cidadãos. Massuda afirma que a capitação ponderada coloca em risco a universalidade. Cabe aqui uma pergunta, o PAB Fixo, instituído no final de 1996, garantiu a universalidade de fato e nos fez alcançar uma cobertura de 100% de atenção primária? O que propomos é o retorno à origem da APS, ao princípio inerente da atenção primária e da medicina de família e comunidade: *centralização nas pessoas*, responsabilização real pelos indivíduos e comunidades, em seu contexto e sua singularidade.

¹ Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Ministério da Saúde (MS). Esplanada dos Ministérios, Bloco G/Edifício Sede/7º andar, Zona Cívico Administrativa. 70058-900 Brasília DF Brasil. erno@saude.gov.br

O terceiro ponto, “aumentar a distorção do financiamento”, justamente o modelo misto – com capitação, pagamento por desempenho e incentivos específicos – equilibra o financiamento, reduz as distorções e produz equidade. Fato é que 4.472 municípios terão potencial de R\$ 3,2 bi de recursos adicionais em 2020 comparado com 2019; enquanto 1.098 municípios receberão por 12 meses em 2020 o valor da maior competência financeira observada em 2019, aumentando também seus repasses. Dito de outra forma, serão repassados anualmente, divididos em 12 competências mensais, R\$ 50,50 para cada pessoa cadastrada nas equipes⁷. Anteriormente, por meio do PAB Fixo, eram repassados no máximo R\$ 28,00 por pessoa por ano. Esse valor de R\$ 50,50 pode chegar ainda a R\$ 131,30 anuais, de acordo com as características de vulnerabilidade da pessoa e do município em que ela vive. Com a definição desse valor em janeiro de 2020⁷, aumentamos em quase R\$ 3,5 bilhões o potencial de ganho dos municípios em 2020, caso cadastrem e se responsabilizem pela totalidade do parâmetro populacional por equipe, especialmente se houver maior esforço e dedicação em identificar as pessoas mais vulneráveis, como crianças menores de cinco anos, idosos maiores de 65 anos ou beneficiários de programas sociais (Bolsa-Família, Benefício de Prestação Continuada, benefício da Previdência Social até dois salários mínimos).

O quarto ponto de crítica de Massuda, “focalização”, é, ao contrário, o caminho para a equidade no sentido individual e contextual (município). Repassar mais recursos para equipes e municípios que se responsabilizam por extremos de idade que necessitam de um maior cuidado em saúde, repassar mais recursos para populações socioeconomicamente vulneráveis e repassar mais recursos para municípios mais pobres e remotos contribui para a equidade, mantendo o princípio da universalidade. Só teremos redução de desigualdades se priorizarmos a busca da equidade. E esta, justamente, é ofertar mais recursos àqueles que mais precisam. Quem seria adversário de uma Reforma que multiplica por até 2,6 vezes o custeio da Atenção Primária para aquelas pessoas e municípios que mais necessitam?

O quinto ponto de crítica, “reverter a redução das desigualdades na saúde”, não é aquilo que se espera, dada a ampliação do acesso, com o aumento de pessoas cadastradas e sob efetivo cuidado com base em cinco critérios individuais de vulnerabilidade, além do de vulnerabilidade de base municipal. Só é possível reduzir desigualdades com ganhos reais de saúde para todos se há empenho na

redução das iniquidades. A partir de 2019, o Ministério da Saúde passou a fazer a gestão das listas de cadastros duplicados e *linkages* de bases de dados por indivíduo, algo inédito na história da APS no Brasil, e muito comum na rotina dos países com APS forte. Em agosto de 2018, o cadastro era de 81 milhões de pessoas vinculadas às eSF, e aproximadamente 50 milhões de cidadãos potencialmente cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) estavam fora desse cadastro. Dessas 50 milhões de pessoas, cerca de 30 milhões encontravam-se nas situações de maior vulnerabilidade social e econômica. Após o anúncio do Previne Brasil, no final de 2019, o cadastro das pessoas já havia subido em 26%, saltando para 103 milhões de brasileiros. Desse modo, o cadastro e a capitação ponderada serão os maiores responsáveis por impulsionar o acesso equânime dos brasileiros à APS.

Além disso, Starfield já afirmava que fortalecer a APS é ampliar a equidade. Várias outras estratégias sistêmicas de fortalecimento da APS estão em curso no Ministério da Saúde. A primeira foi a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), demonstrando uma clara prioridade política pela APS. Na sequência, a remoção de obstáculos para o acesso de primeiro contato foi enfrentada com o Programa “Saúde na Hora”⁸, ampliação do acesso e horários de atendimento que já alcançou 1.455 unidades de saúde, propiciando acesso à APS para pessoas que antes só conseguiam atendimento nas UPAs e emergências hospitalares pela incompatibilidade de sua rotina com os horários das unidades de saúde da família. Para apoiar a coordenação do cuidado, maior informatização da APS e recursos para integração de dados clínicos pelos Programas ConecteSUS (com custeio para informatização) e Informatização APS^{9,10}. Já a fragilidade clínica e a necessidade de ampliação do escopo profissional será fortalecida com a publicação ainda em 2019, da Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde¹¹, e a seguir com as linhas de cuidado e dos protocolos clínicos para a Enfermagem. Além disso, o Ministério da Saúde oferta um novo incentivo financeiro para o padrão-ouro na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade e Odontologia na APS¹². Este incentivo é destinado às vagas das equipes de Saúde da Família ocupadas por residentes médicos, enfermeiros ou dentistas afiliados a Programas de Residência Médica e Multiprofissional aprovados pelo Ministério da Educação. Por fim, um das principais estratégias para dar conta da insuficiência de profissionais médicos qualificados e apoio a áreas remotas, respeitando o direito

de livre arbítrio dos profissionais, é o Programa Médicos pelo Brasil (MPB)¹³.

O modelo de financiamento vigente até 2019

O modelo de financiamento vigente até 2019 contribuiu, após a esperada expansão da ESF até meados da década passada, para impedir a ampliação do número de pessoas sob efetiva responsabilidade das equipes. Esse modelo estava esgotado e apresentava limitações quanto à capacidade de induzir respostas primordiais aos desafios do sistema de saúde e da APS, tais como a efetivação do acesso e a produção de melhores resultados em saúde. Ele era formado por vários componentes criados em momentos distintos e com pequena integração no cuidado. O primeiro era composto em parte por uma parcela fixa, calculada a partir do tamanho populacional do município, o chamado “PAB Fixo”. Este recurso, em torno de R\$4 bilhões anuais, era repassado sem nenhuma exigência auditável de contrapartida do município, uma vez que não havia registro da vinculação de pessoa a pessoa, nem critério de homogeneidade na fiscalização de sua aplicação na atenção primária pelos órgãos de controle e nem, muito menos, necessidade de ampliar serviços de APS.

O segundo componente do modelo de financiamento até então vigente era o chamado “PAB Variável”, um *pout-pourri* de incentivos financeiros repassados de acordo com o credenciamento e mínima atividade dos mais diversos tipos de equipes de ESF, Consultório na Rua, equipes prisionais, etc. Para receber o “PAB Variável”, o município necessitava credenciar a equipe junto à SAPS, manter o cadastro desta equipe no SCNES completo, e informar alguma atividade da equipe, mesmo que fosse apenas um procedimento ao mês, sem nenhuma exigência relacionada ao número de pessoas sob responsabilidade da equipe. No final da década de 1990 e princípio da de 2000, esse modelo cumpriu um importante papel inicial de descentralização das ações e serviços ambulatoriais de saúde para municípios que anteriormente não possuíam capacidade instalada, conforme analisaram detalhadamente Costa e Pinto¹⁴. Contudo, com o passar das duas últimas décadas (1998-2018), o PAB variável passou a concentrar a maior parte dos recursos federais alocados na APS, apesar de apresentar limitações como o excessivo enfoque na capacidade instalada, no condicionamento do repasse a regras federais pouco flexíveis, além da profusão de programas, sendo 20 tipos diferentes em 2019.

O terceiro componente estava relacionado ao incentivo repassado aos municípios para a implan-

tação e manutenção de Agentes Comunitários de Saúde nas eSF. Este incentivo é da ordem de mais de R\$4 bilhões anuais, e está atrelado a deveres legais dos gestores em assegurarem pagamento de piso nacional, mas desprovido de vinculação e proporcionalidade ao desempenho alcançado pela estratégia.

O quarto e último componente era o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ), que inovou positivamente em 2011 ao abordar explicitamente a necessidade de ampliar o acesso e de melhorar a qualidade do cuidado na ESF e trazer a cultura da avaliação na APS. Apesar deste grande avanço, o PMAQ possuía um método com inúmeras limitações. Um de seus componentes é baseado em coletas presenciais de baixa periodicidade (2 a 3 anos), sem cronograma transparente pré-estabelecido, com uso de diversos questionários sem qualquer validação nacional estatística e científica, que geravam mais de 1.000 variáveis que compunham a avaliação final de cada equipe de ESF. Ora, todos nós pesquisadores sabemos que quando se pretende medir tudo, não se mede nada! Quase R\$2 bilhões eram repassados por meio da avaliação do PMAQ apenas para as equipes que aderiam, visto que era uma avaliação opcional que atingia cerca de 36 mil equipes de ESF, cerca de 80% do total das equipes existentes em 2019. O que significa que para 20% das ESF não havia qualquer tipo de avaliação do cuidado prestado à população brasileira.

Sobre os modelos de financiamento de sistemas de saúde e pagamento por serviços de saúde

Ao contrário do que afirma Massuda, o Ministério da Saúde não está direcionando a APS e os programas de saúde pública para que sejam “focalizados em doenças específicas”. Ao incluir na avaliação da APS três macro indicadores como parte da avaliação geral – *Net Promoter Score* (NPS)¹⁵, *PDQR9*¹⁶ e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)¹⁷ criamos uma estratégia de avaliação que mede os princípios e os atributos da APS. O NPS mede afiliação, fidelização e confiança, isto é, a força da relação interpessoal (longitudinalidade) entre as pessoas e as equipes de APS, princípio original e insubstituível da APS. O PDQR9 mede a qualidade e a confiança da relação entre as pessoas e o médico de família e comunidade (longitudinalidade). E o PCATool-Brasil mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e dois atributos derivados (orien-

tação familiar e comunitária). Além de incorporar instrumentos validados no Brasil e no exterior, amplamente utilizados na produção científica em APS, possibilita comparações temporais e de base geográfica, tanto dentro do país, como em comparações internacionais. Essa estratégia traz ampla transparência para os resultados alcançados ou não por cada gestão do MS e possibilitará uma régua inequívoca para medir o sucesso de políticas públicas. Não é apenas uma inovação em curso, mas também um resgate do IBGE como grande avaliador externo da Saúde e da APS no Brasil, iniciando pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019) que incluiu em seu Módulo de “Atendimento Médico”, as questões da versão reduzida para adultos do PCATool-Brasil¹⁸.

Concordamos com Massuda quando afirma que “os diferentes modelos de remuneração apresentam vantagens e desvantagens”. Essa frase resume a expressão e a necessidade de se combinar modelos mistos integrados e em equilíbrio^{19,20}, quando se constrói uma política de financiamento federal para a APS e uma política de monitoramento e avaliação do SUS. Por exemplo, quando o autor menciona os índices de cobertura de equipes de Saúde da Família entre 1998 e 2018 esquece de citar que a cobertura – historicamente falando – sempre considerou uma média de 3.000 a 4.000 pessoas cobertas por uma equipe de SF. Ora, o trabalho de higienização das bases de dados e linkages realizadas ao longo de 2019 demonstrou que milhões de cadastros eram na verdade de “registros duplicados”, ou seja, estimava-se arbitrariamente o numerador para o cálculo da taxa de cobertura. E isso era absolutamente legítimo, pois não se conhecia o verdadeiro numerador com a exclusão dos cadastros duplicados e gestão das inconsistências que passou a ser possível com o registro do indivíduo no cálculo desse indicador a partir da nova política de financiamento federal para a APS e do monitoramento proposto pelo código Identificador Nacional de Equipe (INE) de cada eSF a partir de 2020. Contribuiu para isso a utilização do número único de identificação das pessoas mais conhecido pelos brasileiros que é o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) fortalecido pelo Governo Federal²¹, que a partir de fevereiro/2020 passou a ser obrigatório para identificação unívoca das pessoas na ficha de cadastro das equipes de atenção primária no prontuário eletrônico do cidadão (versão 3.2.21), o eSUS-APS²². Mesmo que se utilize outro sistema de prontuário eletrônico ou o registro em fichas de papel (CDS), o mecanismo de transporte de informação e o modelo de dados são os mesmos.

Um outro exemplo, contrastando com o texto do autor, se refere à redução das desigualdades em saúde, na medida em que, na contramão do apresentado por Massuda, com o Previne Brasil, houve aumento de recursos e financiamento de mais de 2 mil equipes já em 2019, quando comparado ao ano de 2018. Além disso, responsavelmente o Previne Brasil instituiu uma regra de transição dos modelos de financiamento, evitando-se a perda de recursos por parte dos municípios²³.

Sobre os apoios recebidos pela nova política de financiamento da APS no Brasil

Ao contrário do que afirma o autor, não foi somente a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que apoiou a nova política de financiamento. Tanto o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) publicaram diversas notas técnicas e, não só apoiaram, como participaram ativamente e repercutiram²⁴⁻²⁶ as reuniões presenciais que o Ministério da Saúde realizou ao longo do 2º semestre de 2019, em todas as 26 unidades da federação e Distrito Federal, contando com a presença de mais de 10 mil técnicos e gestores dessas secretarias. Além disso, realizamos um Seminário Internacional com a participação de especialistas das Universidades de Harvard e York, que contribuíram e apoiaram na elaboração do novo modelo de financiamento. E também na 9ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância de pactuação entre os gestores federal, estaduais e municipais em 31 de outubro de 2019, houve aprovação por unanimidade do novo modelo misto de financiamento e o próprio CONASEMS desenvolveu uma ferramenta intitulada “Painel de Apoio à Gestão”²⁷ - para dar maior transparência aos municípios e à população brasileira no acompanhamento do novo modelo. Ou seja, ao considerar que o SUS não é gerido unicamente pelo Ministério da Saúde, mas sim, de maneira democrática, pelos representantes das três esferas de poder – federal pelo Ministério da Saúde, estadual pelo CONASS, e municipal pelo CONASEMS –, pode-se afirmar que o Previne Brasil é uma nova proposta para a APS construída, debatida e aprovada pela gestão do SUS como um todo.

Desafios esperados

São inegáveis os desafios que teremos pela frente, contudo, acredita-se que o Previne Brasil

induzirá estados e municípios a seguir o mesmo modelo misto de financiamento, resgatando inclusive o papel de apoiador dos estados para os municípios de menor capacidade institucional para a implementação dos serviços de atenção primária à saúde. Afinal, o papel das unidades da federação com as equipes de SF foi se reduzindo ao longo das décadas e com a nova política de financiamento alguns estados poderão criar mecanismos de indução semelhantes para complementar o novo *per capita* federal, potencializar o componente de pagamento por desempenho e incentivar ainda mais a informatização, a ampliação do acesso e a formação de recursos humanos por meio da residência médica e multiprofissional.

Quanto ao papel do Governo Federal, será fundamental para a redução do *risk selection*, bem lembrado pelo autor, um monitoramento potente e transparente baseado em indicadores confiáveis. Por outro lado, no SUS atual, como na era do PAB, não faltavam barreiras de acesso, e não será, portanto, somente o cadastro adequado que irá ampliá-las; ao contrário, irá mapeá-las para que possam ser enfrentadas pelos gestores. Aliás, com a meta prevista de 50.000 equipes até 2022, o Ministério da Saúde direciona a continuidade da expansão das equipes de Saúde da Família para a totalidade da população brasileira, para corrigir a defasagem existente nas estatísticas oficiais, que, como foi mencionado, contava com duplicidade: as pessoas ditas “com cobertura pelas equipes de eSF”, mas que na realidade não possuíam equipes e serviços de APS para cuidá-las. A busca pelo registro de outras 50 milhões de pessoas é uma correção de rumo, assim como a ampliação de acesso e viabilização do cálculo estatístico para uma cobertura populacional real.

Quanto à “efetividade do cadastro”, na era da informação e da informática, chegou o momento de encarar esse grande desafio no País e ainda com novos recursos federais para apoiar esse cadastramento (que sempre foi atribuição dos gestores locais)²⁸. Neste sentido, os recursos repassados aos municípios contemplam um maior valor para aqueles municípios mais pobres e remotos, a partir da tipologia do IBGE²⁹ que será usada no Censo Demográfico de 2020. Também serão ponderados considerando a população mais vulnerável – crianças e idosos. O detalhamento dos fatores de ajuste para repasses dos valores do financiamento federal estão detalhados em outro texto no prelo que compõe esse número temático³⁰.

Uma das afirmativas mais utilizadas para dizer que a nova política deixará de financiar as equipes de Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

(NASF) não se sustenta, uma vez que apenas cerca de 35% dos profissionais (entre as categorias multiprofissionais possíveis) estão registrados no NASF, segundo o CNES. Estando os demais trabalhando também na APS, mas fora deste tipo de equipe, demonstrando que há vários arranjos institucionais já em curso nos municípios para o exercício da prática multiprofissional em APS, incluindo o apoio à Saúde da Família. E há previsão de monitoramento da presença desses profissionais que permanecerão trabalhando e poderão ser contratados com autonomia pelos gestores municipais de acordo com o perfil epidemiológico de cada cidade, tal como também explicitado em nota técnica do CONASEMS³¹.

Considerações finais

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), o Previner Brasil, está em processo de implantação desde o início de 2020. O programa enfrenta o desafio de ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS no país, baseado nas melhores experiências de qualidade da APS no mundo, dentro de sistemas universais de saúde. É um modelo de financiamento misto, que busca equilibrar valores financeiros *per capita* referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), informatização (Infomatiza-APS) e formação de especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional.

A proposta do programa tem como princípio fundamental a estruturação de modelo de financiamento que coloca as pessoas no centro do cuidado, a partir de composição de mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. A oferta de atenção de qualidade com equidade é um dos pilares do Previner Brasil e inova ao premiar e reconhecer eficiência e efetividade, sem deixar de primar pelo acesso. Para tanto, apresenta como componentes a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis.

Em 2019, 1.098 municípios não apresentavam condições de ampliar seu custeio com o novo financiamento devido ao modelo de organização local da APS. Eles representam 19% dos municípios brasileiros com população ao redor de 20 milhões

de pessoas (10% da população brasileira). Para não haver risco de perda financeira e para que nenhum cidadão seja potencialmente prejudicado, em decisão tripartite, o Ministério da Saúde manterá o valor recebido em 2019 relativo à melhor competência financeira mensal para cada município, gerando ganho real a estes municípios já em 2020. Com essa decisão, ao longo de 2020 não há perda no recurso, pelo contrário, há a possibilidade de ganho real para o conjunto total de municípios na ordem de R\$ 3,5 bilhões de reais.

O Previne Brasil é a estratégia mais potente da Reforma da APS do Brasil proposta pela atual gestão do Ministério da Saúde. Além dele, diversas outras estratégias, metodológica e sistemicamente integradas, foram desenvolvidas ou encontram-se em fase final de elaboração, entre elas, podemos citar: a criação da SAPS, a ampliação de acesso (Saúde na Hora); a informatização (ConecteSUS e InformatizaAPS); o provimento médico e a formação em larga escala de médicos de família e comunidade (Médicos pelo Brasil); o incentivo à formação profissional via Residência Médica e Multiprofissional; a Carteira de Serviços da APS (CasAPS); a produção de linhas de cuidado para toda a Rede de Atenção à Saúde, ordenada pela APS; a criação de protocolos clínicos de enfermagem; a instituição do Prêmio APS Forte; e o fortalecimento metodológico e as parcerias com IBGE e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para melhor monitoramento e avaliação da APS. Essas estratégias respondem, inclusive, a 12 das 20 recomendações para fortalecimento da APS feitas por Massuda em

outro artigo publicado em janeiro de 2020 na Revista Panamericana de Saúde Pública³². A reversão do Previne Brasil certamente reverterá também a possibilidade de fortalecimento da APS e impedirá que essas 12 recomendações sejam atendidas.

Uma Atenção Primária forte se faz com princípios e atributos sólidos e coerentes, com financiamento potente que prioriza a equidade, com transparência. A Reforma da APS que propomos é coerente com os princípios da APS e do SUS, assim como com as evidências científicas sólidas produzidas no Brasil e no mundo e com a defesa intransigente da busca pela equidade em um país muito desigual. Junto com todos os profissionais das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, com os gestores municipais e estaduais, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) estão formadas as bases para que 2020 seja o ano da maior qualificação da APS brasileira e início da Reforma da Atenção da Primária à Saúde, após mais de 25 anos do então “Programa de Saúde da Família” e após 40 anos de Alma-Ata. O Brasil, enfim, construirá o equilíbrio necessário entre a clínica e a saúde coletiva para o bem de seus cidadãos, reconstruindo uma atenção primária forte, coordenadora do cuidado e resolutiva. A expressão maior desse compromisso do Governo Federal encontra-se no Plano Plurianual 2020-2023, promulgado como Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019, que institui a meta de ampliação da cobertura populacional das equipes de Saúde da Família, tendo como direção ter 50 mil equipes em 2022³³.

Referências

- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (MS); 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde de Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória). *Diário Oficial da União* 2019; 20 dez.
- Escoval A, Santos ATL, Barbosa P. Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus* 2016; 10(1):17-27.
- Monteiro BR. Indicadores de monitorização e desempenho nas unidades de saúde familiar e os objetivos do desenvolvimento sustentável na saúde (ODS 3): Uma análise comparada em Portugal no período de 2013-2018. *Cien Saude Colet*. No prelo 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *e-Gestor. Relatórios Públicos*. [site da Internet]. 2020 [acessado 2020 Fev 04]. Disponível em: encurtador.com.br/coNW6
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 169, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2020; 31 jan.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019. Dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família. *Diário Oficial da União* 2019; 15 maio.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 2.983, de 11 de novembro de 2019. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 2.984, de 11 de novembro de 2019. Institui o Projeto Piloto de Apoio à Implementação da Informatização na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
- Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, Dávila O, Wollmann L, Martins C, Faller LA. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: Garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(5):1809-1820.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 3.510 de 18 de dezembro de 2019. Institui incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipe de saúde integradas à programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2019; 19 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). *Diário Oficial da União* 2019; 19 dez.
- Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):907-923.
- Endeavor. Net Promoter Score (NPS). [site da Internet]. 2020 [acesso 2020 Fev 05]. Disponível em: <https://endeavor.org.br/estrategia-e-gestao/nps/>
- Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Agostinho MR, Roman R, Feltz-Cornelis CMVD, Harzheim E. Cross-cultural adaptation of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2018; 52:71 [cerca de 10 p.] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30066809>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool* – Brasil. Brasília: MS; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Harzheim E, Pinto LF, D'Ávila OP, Hauser L. Following the legacy of professors Barbara Starfield and Leiyu Shi in Brazil as health policy: the National Health Survey (PNS), led by the Brazilian National Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Primary Care Assessment Tool (PCAT). *Int J Equity Health* 2019; 18(1):176.
- Chasing C, Y-Ling C, Smith P, Borowitz M, Thomson S, editor. *Paying for Performance in Health Care - Implications for health system performance and accountability*. New York: Open University Press; 2014.
- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 2013; 32(4):686-694.
- Brasil. Decreto nº 9.723, de 11 de março de 2019. Altera o Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, o Decreto nº 8.936, de 19 de dezembro de 2016, e o Decreto nº 9.492, de 5 setembro de 2018, para instituir o Cadastro de Pessoas Físicas - CPF como instrumento suficiente e substitutivo da apresentação de outros documentos do cidadão no exercício de obrigações e direitos ou na obtenção de benefícios e regulamentar dispositivos da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 12 mar.
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Orientações técnicas: Versão 3.2.21 do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS Atenção Primária à Saúde*. [site da Internet]. 2020 [acessado 2020 Fev 04]. Disponível em: encurtador.com.br/qKLMU
- Brasil. Portaria GM/MS nº 172 de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor *per capita* de transição conforme estimativa populacional do IBGE. *Diário Oficial da União* 2020; 31 jan.

24. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Secretários discutem novo financiamento para a saúde*. [documento da Internet].2019 Out. [acessado 2020 Fev 04]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/cosems/secretarios-discutem-novo-financiamento-para-a-saude/>
25. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG). *Discussão Estadual da Proposta do Ministério da Saúde para o Novo Financiamento da Atenção Básica*. [documento da Internet].2019 Out. [acessado 2020 Fev 04]. Disponível em: <https://bit.ly/2w8VUiU>
26. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS-MT). *Cosems/MT e Conasems debatem o novo financiamento da APS com Secretários de Saúde*. [documento da Internet].2019 Nov. [acessado 2020 Fev 04]. Disponível em: <http://www.cosemsmt.org.br/cosems-mt-conasems-e-secretarios-de-saude-debatem-financiamento-da-aps-em-evento/>
27. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Painel de Apoio à Gestão*. [documento da Internet].2020. [acessado 2020 Fev 04]. Disponível em: <https://www.portalgestaoconasems.net/>
28. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.263 de 11 de dezembro de 2019. Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). *Diário Oficial da União* 2019; 12 dez.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
30. Harzheim E, Dávila O, Ribeiro DC, Klitzke DD, Medeiros OL, Ramos LG, Silva LE, Martins CJ, Costa LGM, Cunha CRH, Pedebos L. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. No prelo 2020.
31. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil*. [site da Internet].2020[Nota técnica n.3/2020]. [acessado 2020 Fev 04]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/nucleo-ampliado-de-saude-da-familia-e-atencao-basica-nasf-ab-e-programa-previne-brasil/>
32. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [periódico na Internet].2020 [acessado 2020 Fev 04]; 44:[cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.
33. Brasil. Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. *Diário Oficial da União* 2019; 30 dez.