
Previne Brasil:

Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados

Leonardo Rosa

IEPS

Helena Arruda

IEPS e FGV EAESP

Manuel Faria

IEPS

Matías Mrejen

IEPS

Victor Nobre

IEPS

Arthur Aguillar

IEPS

Rudi Rocha

IEPS e FGV EAESP

Os autores agradecem os comentários de Renato Tasca, a assistência de pesquisa de Daiki Saka e a edição de Helena Ciorra. As opiniões e eventuais erros são de inteira responsabilidade dos autores. Sugestão para citação: Rosa, L., Arruda, H., Faria, M., Mrejen, M., Nobre, V., Aguillar, A. e R. Rocha (2023). Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.



Sumário

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Introdução | 4 |
| 2 | Dados e metodologia | 4 |
| 3 | O programa Previne Brasil | 5 |
| 3.1 | Descrição do modelo | 5 |
| 3.2 | Previne e PAB em perspectiva comparada | 6 |
| 4 | O financiamento da APS após a mudança de modelo | 7 |
| 4.1 | Recursos totais | 7 |
| 4.1.1 | Avaliação do nível de recursos | 7 |
| 4.1.2 | Análise da distribuição total de recursos de custeio regular da Atenção Primária | 9 |
| 4.2 | Análise da distribuição de recursos do custeio da Atenção Primária por componentes | 12 |
| 5 | Análise dos componentes do Previne Brasil: Os municípios reagiram aos in- centivos do Previne? | 14 |
| 5.1 | Capitação ponderada e evolução da cobertura | 14 |
| 5.2 | Indicadores de desempenho | 15 |
| 6 | Discussão | 19 |

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Estudo Institucional No. 9

Janeiro de 2023



Resumo

- Analisamos como o programa Previne Brasil alterou o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e comparamos o novo modelo com o seu predecessor, o Piso da Atenção Básica (PAB).
- Apesar de entre 2016 e 2022 observarmos um aumento real de recursos totais destinados à APS, quase a totalidade desse aumento foi direcionada por emendas parlamentares. No mesmo período, os recursos federais destinados ao custeio regular aumentaram marginalmente em valores reais, e diminuíram a sua participação no total do financiamento da APS.
- Existe uma forte correlação entre o total de recursos recebidos por municípios entre os dois programas. No entanto, houve uma pequena redistribuição, com alguns municípios ganhando e outros perdendo na transição do PAB para o Previne.
- As características dos municípios previstas nos incentivos do Previne (e.g. tipologia do municípios e número de beneficiários do bolsa família e BPC) explicam a maior parte da redistribuição de recursos. Entretanto, para municípios com mesmas características, o novo programa penaliza municípios com contingente populacional maior e com renda per capita menor.
- Os municípios responderam aos incentivos da capitação ponderada: a razão entre cadastros realizados e potencial era de 75% no início do programa e, em julho de 2022, já alcançava 93%. Os municípios mais vulneráveis não ficaram para trás.
- A maioria dos municípios se encontra abaixo da meta para a maior parte dos indicadores de desempenho do Previne. Apesar disso, há trajetória de melhora para os indicadores relacionados à gestação e pré-natal e não observamos prejuízos aos serviços de saúde não relacionados ao Previne.



1 Introdução

Em 2020, uma parcela relevante do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil foi alterada. O Ministério da Saúde implementou o programa Previne Brasil (Brasil 2019b) em substituição ao Piso da Atenção Básica (PAB) (Brasil 1998), alterando assim as regras que definem como a maior parte dos recursos financeiros da APS é repassada da União para os municípios.

O novo modelo teve como referência experiências internacionais de financiamento por capitação (Glazier et al. 2009; Hanson et al. 2022; Harzheim 2020) e foi estruturado baseado em três principais componentes: capitação ponderada, metas de desempenho e ações estratégicas. Como forma de suavizar a mudança pelo fim do seu predecessor, o PAB, adotou-se uma série de medidas de transição previstas para durar durante seu primeiro ano de vigência, em 2020. Entretanto, com a emergência sanitária causada pela pandemia de COVID-19, optou-se por alongar diversas medidas e adaptar outras, atrasando a implementação plena do modelo como inicialmente desenhado. Hoje, o programa já se encontra em seu quarto ano e algumas medidas ainda não foram implementadas de forma plena.

A introdução do Previne em substituição ao PAB suscitou diversos debates, com questionamentos acerca da perda de recursos, universalidade do programa e limitação dos indicadores do programa para promover incentivos à melhoria dos serviços de saúde (Massuda 2020; Seta, Ocké-Reis e Ramos 2021). No entanto, análises empíricas sobre o desempenho do programa ainda são restritas (Harzheim et al. 2022). Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar o programa Previne Brasil em seus aspectos centrais e compará-lo com seu predecessor, o PAB. Para isso, dividimos o documento em três seções. Na primeira seção, apresentamos um breve resumo do Previne Brasil, detalhando seus principais componentes e traçando uma comparação com o extinto Piso da Atenção Básica (PAB). Na segunda seção, analisamos a evolução do financiamento da Atenção Primária, e realizamos análises com o objetivo de verificar em que medida houve mudanças na redistribuição de recursos com a transição dos programas. Na terceira seção, analisamos os componentes do Previne e descrevemos a evolução da capitação ponderada e das metas de desempenho ao longo do tempo. Na última seção, discutimos os resultados.

2 Dados e metodologia

Nas análises utilizamos as seguintes fontes de dados: dados orçamentários do Fundo Nacional de Saúde (MS 2022b); dados do programa Previne Brasil disponíveis, por meio do Ministério da Saúde, nos relatórios públicos do SISAB (MS 2022d) e e-Gestor (MS 2022a); e características socioeconômicas, demográficas e de cobertura de saúde dos



municípios disponíveis no portal IEPS Data (IEPS 2022).

Nossas análises incluem estatísticas descritivas, análises de tendência temporal, análises de distribuição espacial, e análises de regressão linear múltipla.

3 O programa Previne Brasil

3.1 Descrição do modelo

O modelo de repartição do Previne Brasil se baseia em um modelo de financiamento misto, isto é, combina transferências de valores fixos com valores variáveis. A parcela fixa é baseada na transferência de recursos por meio de cadastros de usuários da Atenção Básica com um adicional relacionado ao tamanho da população. Já as transferências variáveis são realizadas com métricas do grau de desempenho assistencial das equipes e incentivos para ações estratégicas (Brasil 2019b).

Dentre os três principais componentes do programa, denominou-se como capitação ponderada a transferência relacionada ao número de usuários cadastrados por equipes de saúde da família e de Atenção Primária. O valor recebido por cadastro é definido por um valor base, com adicionais por tipos de cadastros, considerando critérios de vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada, faixa etária, e tipologia do município (definida pelo IBGE) (Brasil 2019b). Na Tabela A1 no Apêndice, apresentamos um detalhamento dos recursos por cada critério. Para fins de comparação, um cadastro em um município em centro urbano, de um adulto de trinta anos não beneficiário de programas de assistência social recebe R\$ 50,50 no ano (divididos em 12 parcelas). Já um cadastro em município rural em áreas remotas (e.g. municípios da região amazônica), de uma criança de quatro anos que faz parte do programa Bolsa Família recebe R\$ 131,30. O total de cadastros que um município pode realizar é limitado por um teto denominado potencial de cadastro, definido pelo número de equipes, tipos de equipes e a classificação geográfica do município (Tabela A2 do Apêndice).

Se por um lado a parte fixa estabelece uma transferência automática a partir de cadastros realizados, por outro lado o segundo componente é uma parte variável transferida aos municípios de acordo com o desempenho em indicadores de produção da atenção básica e pela adoção de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. Em relação às metas de desempenho, o Ministério da Saúde estabeleceu sete indicadores associados às transferências desse componente a serem monitorados: 3 relacionados ao pré-natal (% de gestantes com ao menos seis consultas de pré-natal, % de gestantes com exames para sífilis e HIV realizados, % de gestantes com atendimento odontológico realizado), 1 indicador relacionado à saúde da mulher (% de mulheres com coleta de citopatológico), 1 indicador relacionado à saúde da criança (% de crianças com cobertura de vacinas selecionadas) e 2 indicadores relacionados ao moni-



toramento de pessoas com doenças crônicas (aferição de pressão para hipertensos e de hemoglobina glicada para diabéticos). Os sete indicadores compõem um indicador sintético final (ISF), com intervalo de zero a dez. Na Tabela A3 do Apêndice, apresentamos um detalhamento do peso de cada indicador. O objetivo do programa era transferir recursos de acordo com o desempenho nesse indicador sintético, multiplicando o desempenho nele pelo número de equipes de atenção básica e valores associados a cada tipo de equipe (Brasil 2019b, 2020b).

O terceiro componente das transferências variáveis é denominado Ações Estratégicas. O Ministério da Saúde estabelece um conjunto de ações consideradas relevantes para melhoria da Atenção Primária. Os municípios que aderem a essas ações recebem os recursos para implementá-las, de acordo com os critérios estabelecidos para cada ação específica. Exemplos de ações estratégicas são pagamentos de Agentes Comunitários de Saúde, Ações de Saúde Bucal e o Informatiza APS (Brasil 2019b).

Em que pese a concepção do programa baseada em mecanismos de incentivo tanto para capitação ponderada quanto para metas de desempenho, é importante ressaltar que o programa Previne Brasil não foi implementado em sua totalidade. Na transição entre os programas, o Ministério da Saúde implementou alguns mecanismos (Brasil 2019b), como os pagamentos da capitação ponderada considerando 100% do potencial de cadastro em todos os municípios (até 2021) e o pagamento por desempenho considerando 100% das metas estabelecidas (até 2022). Em função da dificuldade de adaptação dos municípios ao novo programa e da pandemia da COVID-19, algumas das regras de transição perduraram até o segundo semestre de 2022 (momento de elaboração deste estudo). Isso por sua vez dificulta observar os valores que os municípios estariam recebendo sob a vigência efetiva das regras do programa.

3.2 Previne e PAB em perspectiva comparada

O Previne Brasil substituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), que foi o modelo de distribuição de recursos para os municípios desde 1997. O Piso da Atenção Básica era composto por uma parcela fixa (PAB Fixo), determinada pelo número de habitantes de um município, e uma variável (PAB Variável) que englobava (i) incentivos à qualidade, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); (ii) pagamentos por equipes de saúde da família, através da ação de custeio da ESF; e (iii) o financiamento de outras ações estratégicas do Ministério da Saúde (MS).

A mudança do financiamento por habitante (PAB Fixo) para o financiamento por pessoa cadastrada (capitação ponderada) é a mudança mais marcante do Previne Brasil. Vale ressaltar que apesar de ambos os modelos terem o valor do repasse individual ponderado por indicadores socioeconômicos, o Previne dá um peso maior a esses fatores. Além disso, desde 2021 o pagamento por capitação ponderada também conta com um



incremento populacional, determinado como um valor fixo por habitante (Brasil 2022b).

O componente de “Incentivo de Pagamento no Previne” pode ser visto como uma substituição ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Este último formava o PAB Variável, e tinha por objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados (MS 2022c), repassando recursos determinados pelo desempenho que as equipes participantes obtinham em questionário. A parcela do Previne de “Incentivo de Pagamento por desempenho” tem o mesmo objetivo, mas com mecanismos para definição de recursos baseados em indicadores de desempenho finalísticos, como explicado na subseção anterior.

A ação específica de custeio às equipes de ESF que existia no PAB Variável foi extinta no Previne. No entanto, indiretamente, as regras de pagamento da capitação ponderada e dos indicadores de desempenho incorporaram tal incentivo. O potencial de recebimento por capitação ponderada de um município é determinado pelo somatório do potencial de cadastramento de cada uma de suas equipes. De forma análoga, o incentivo por indicadores de desempenho é pago considerando a nota ISF do município e o número de equipes que ele possui. Dessa forma, o município que implementar uma nova equipe receberá recursos adicionais, na medida em que ela cadastrar usuários e atingir maior desempenho nos indicadores monitorados.

As demais ações que existiam no PAB Variável foram mantidas no Previne, na parcela de pagamento ao “Incentivo para Ações Estratégicas”. O financiamento dessas ações reflete estratégias específicas do MS e é regido por normas “externas” aos modelos. Por exemplo, uma dessas ações é o custeio de ACS (Brasil 2022a). Adicionalmente, em 2019, três novas ações foram introduzidas por meio de portarias do MS: os programas “Saúde na Hora” (Brasil 2019d) e “Informatiza APS” (Brasil 2019a); e o “custeio para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da APS” (Brasil 2019c), ampliando o total de repasses nessa modalidade.

4 O financiamento da APS após a mudança de modelo

4.1 Recursos totais

4.1.1 Avaliação do nível de recursos

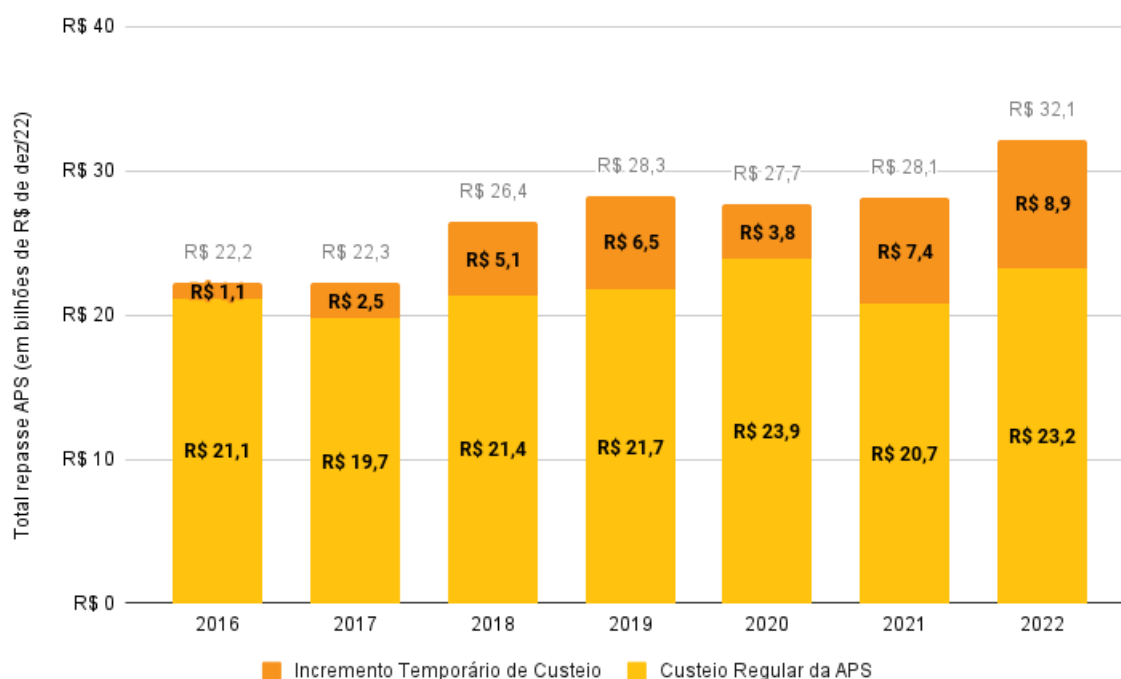
O financiamento da Atenção Primária à Saúde é uma responsabilidade compartilhada entre os três níveis da federação (Brasil 1988). A principal participação da União se dá por meio de transferências diretas aos municípios, operadas pelo Fundo Nacional de Saúde. O valor dessas transferências é determinado por um conjunto de normas e políticas de financiamento distintas que compõem dois grandes blocos: um de custeio, destinado a gastos correntes em “Ações e Serviços Públicos de Saúde” e outro de investimentos,



destinado à expansão de infraestrutura em saúde.

Dentro do bloco de custeio incluem-se o “Custeio Regular da APS” e os “incrementos temporários ao custeio”. O custeio regular da APS é atualmente o programa Previne Brasil (anteriormente, eram os componentes do PAB). Os incrementos temporários ao custeio representam repasses de recursos pontuais ou emergenciais, incluindo recursos como os destinados ao enfrentamento da COVID-19 na APS e os montantes determinados por emendas parlamentares (Brasil 2012).

Figura 1: Recursos destinados ao custeio da Atenção Primária à Saúde por ano e modalidade



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS). Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./22.

A Figura 1 mostra, em termos reais, os valores totais de custeio transferidos para municípios, divididos por tipo de custeio (regular ou temporário), para o período de 2016 a 2022, utilizando dados dos painéis do Fundo Nacional de Saúde. Para fins de comparabilidade, excluimos os recursos destinados diretamente ao enfrentamento da COVID-19. Os resultados indicam que entre 2016 e 2022 houve um aumento real de recursos destinados ao custeio de APS. No entanto, parte importante desse aumento foi direcionado por emendas parlamentares, submetidas a escolhas de alocação diferentes daquelas definidas estrategicamente pelo Ministério da Saúde. A parcela de recursos destinada ao custeio regular (Previne a partir de 2020 e PAB antes de 2020) se alterou marginalmente com a mudança de modelos. Entre 2016 e 2022, a variação real do custeio total da APS foi de 45%. No entanto, o custeio regular aumentou 10% e o incremento temporário cresceu 715%. Comparando o ano de 2022 e 2019, segundo ano do Previne e último



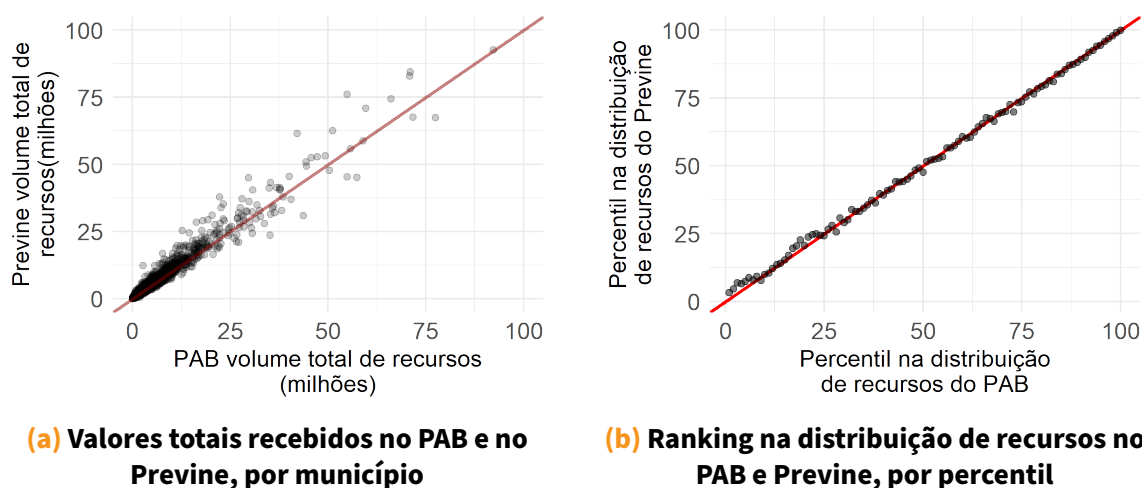
ano do PAB, notamos um aumento real de 7% nos recursos destinados ao custeio regular da APS.

Nesse contexto, é importante também ressaltar que o Previne e o PAB são, fundamentalmente, mecanismos de redistribuição de recursos, e apesar de determinarem variações de curto prazo, não definem o nível total do financiamento. Isso porque os valores que determinam o nível de financiamento em ambos os modelos — o valor pago por capitação e por ponto de desempenho (no caso do Previne), e o valor pago por habitante e por equipe ESF (no caso do PAB) — são definidos *ad hoc* pelo Ministério da Saúde em portarias anuais. Assim, independente do modelo de repartição vigente (PAB, Previne ou outro que venha a ser implementado), o Governo Federal é quem determina o nível de financiamento da APS.

4.1.2 Análise da distribuição total de recursos de custeio regular da Atenção Primária

Os programas Previne e PAB seguem um conjunto de regras que definem a distribuição de recursos entre municípios. Como os programas têm critérios diferentes, é esperado que existam variações no volume de recursos para cada município. Nesta seção, realizamos análises comparando os valores totais recebidos pelos municípios em ambos os programas.

Figura 2: Valores totais do programa Previne e PAB por município e faixa de valores recebidos



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS). Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./22.

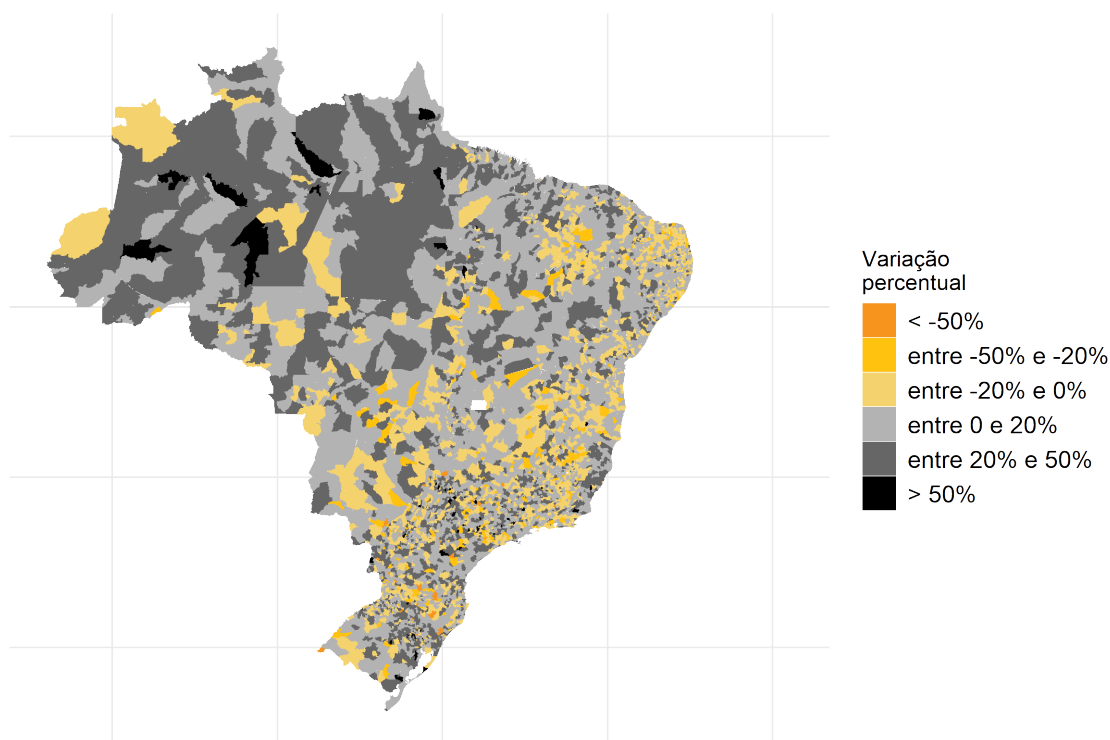
Iniciamos com uma análise que compara o total de recursos pelo Previne no ano de 2021 e pelo PAB no ano de 2019. A Figura 2a apresenta os resultados, onde cada ponto no gráfico é um município e a linha vermelha indica onde estariam os municípios se o total de recursos por município fosse exatamente igual entre os anos. Os resultados indicam uma forte correlação entre o total de recursos entre os dois programas ($\rho = 0.99$). No



entanto, notamos variância nos recursos recebidos, com alguns municípios ganhando e outros perdendo. Para entender se houve uma variação sistematizada para grupos de municípios que recebiam determinado montante no período anterior, classificamos os municípios de acordo com o seu percentil de recebimento. Os resultados apresentados na Figura 2b indicam que as alterações nos recursos foram marginais e, na média, os municípios se mantiveram nas mesmas posições em relação à distribuição de recursos anterior.

Outro ponto relevante é relacionado ao perfil territorial nas variações de recursos. Na Figura 3 apresentamos a variação percentual por município em um mapa. Os resultados indicam que não há um padrão de concentração de ganhos ou perdas nas várias regiões. A Região Norte aparece como exceção. Isso pode se dar pela concentração de municípios remotos e pela quantidade de pessoas vulneráveis, fatores que geram recursos adicionais via capitação ponderada.

Figura 3: Variação percentual dos valores reais recebidos no PAB e Previne por município



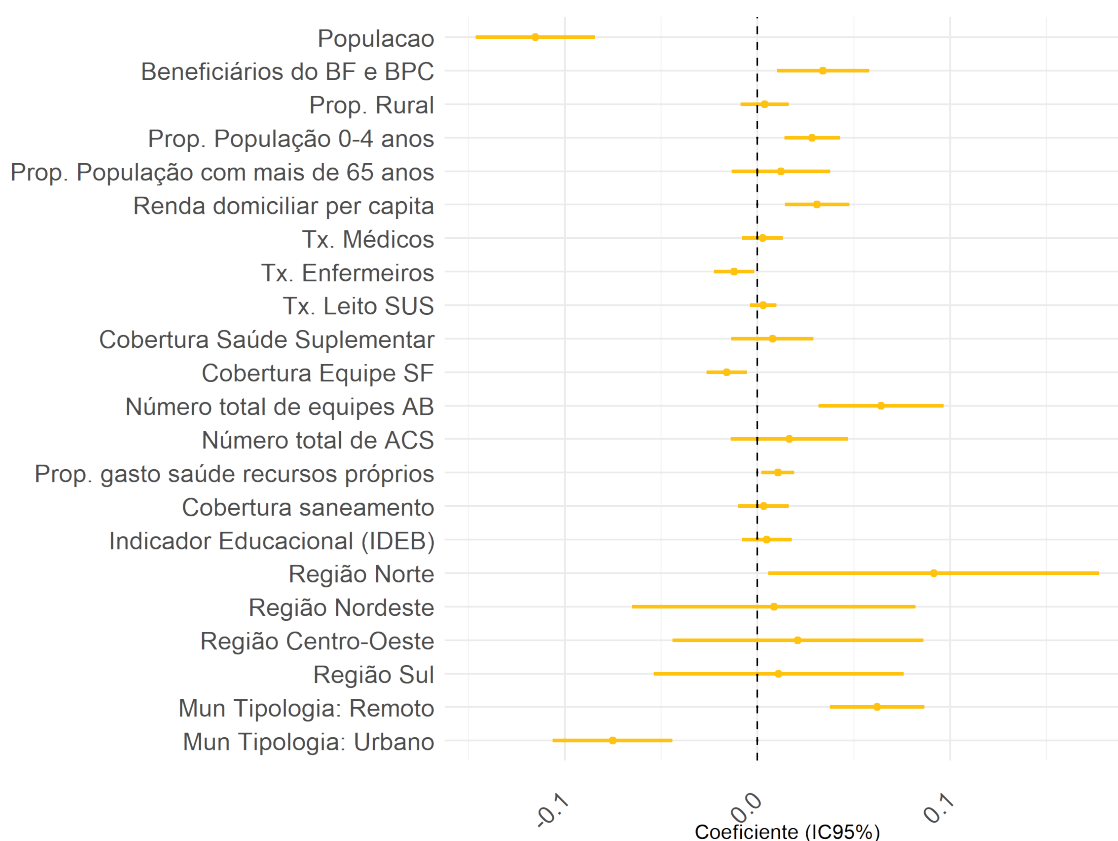
Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS). Valores dos anos de 2018 (PAB) e 2022 (Previne).

Finalmente, com o objetivo de analisar como os perfis dos municípios explicam a variação de recursos recebidos pelos municípios antes e depois do programa Previne Brasil, realizamos uma análise de regressão em que associamos a diferença percentual dos valores recebidos pelos programas Previne e PAB (variável dependente) com carac-



terísticas dos municípios (variáveis independentes). Incluímos características demográficas dos municípios (tamanho da população, população menor de 4 anos e população maior que 65 anos), características socioeconômicas (percentual de população rural, número de beneficiários dos programas Bolsa Família e BPC, renda domiciliar per capita, cobertura de saneamento básico e qualidade da educação), características geográficas (grande região e tipologia do município) e indicadores de cobertura de saúde dos municípios (taxas de cobertura de médicos, enfermeiros, leitos, equipes de saúde da família, saúde suplementar, número de equipes de atenção básica, número de agentes comunitários de saúde, e proporção de gastos em saúde com recursos próprios). Para facilitar a interpretação em relação à contribuição de cada um dos fatores para explicar as diferenças percentuais de recursos, todas as variáveis independentes foram normalizadas para terem média zero e desvio padrão um e, assim, estarem na mesma escala.

Figura 4: Relação entre variação percentual de recursos entre PAB e Previne e características dos municípios



Notas: Dados de Fundo Nacional de Saúde (FNS), IBGE, IEPS Data. A figura mostra os coeficientes de uma regressão múltipla que tem como variável dependente a variação percentual do custeio da APS recebido pelos municípios entre 2018 e 2022. Os valores de 2018 foram deflacionados utilizando os preços de dezembro de 2022. Todas as variáveis independentes foram normalizadas para ter média zero e desvio-padrão igual a 1. As linhas amarelas representam o intervalo de confiança de 95%. O erro padrão foi clusterizado no nível do estado.

A Figura 4 apresenta as estimativas da regressão. Em resumo, as características dos municípios previstas nos incentivos do programa Previne (beneficiários de BPC e Bolsa



Família, proporção da população de 0-4 e mais de 65 anos e tipologia do município) estão fortemente associadas às variações de recursos quando comparamos Previne e PAB. Outro fator importante para explicar a variação de recursos é o número total de equipes, o que pode sinalizar que o Previne pode funcionar como um mecanismo indireto para a expansão das mesmas. A associação entre variações nos recursos e fatores como tamanho populacional e renda per capita são elementos importantes a serem monitorados, uma vez que o programa parece penalizar municípios com contingente populacional maior e municípios com renda per capita menor. No caso da renda per capita, é importante ressaltar que a correlação bivariada com a variação percentual é nula. O que sugere que a renda é um fator explicativo entre municípios com características semelhantes (e.g. mesma tipologia).

A análise de regressão que apresentamos na Figura 4 inclui todos os componentes do Previne e do PAB. Como exercício alternativo, realizamos a mesma análise considerando apenas os elementos nucleares de redistribuição no Previne e PAB. Para o Previne, consideramos como nucleares os componentes de capitação ponderada e pagamento de desempenho e para o PAB, os componentes do PAB Fixo, PMAQ e Custeio ESF. Como mostraremos na seção posterior, nos valores globais eles se equivalem. Os resultados são apresentados na Figura A1 do Apêndice e não diferem substancialmente dos resultados da Figura 4. Uma das diferenças é relativa à magnitude dos coeficientes: variáveis relacionadas aos elementos centrais da capitação passam a ter maior magnitude. Um fator específico, o efeito da cobertura de equipes de saúde da família, perde magnitude e significância estatística.

4.2 Análise da distribuição de recursos do custeio da Atenção Primária por componentes

Além dos valores totais, também é relevante entender como o Previne Brasil distribui os recursos dentro de seus componentes em comparação ao PAB. A Tabela 1 apresenta o peso relativo de cada parcela dos modelos de financiamento no total de repasses, comparando o ano de 2018 com o de 2022. Observamos que as transferências “fixas” de ambos os modelos têm peso bastante similar. Enquanto a participação da capitação ponderada (somada ao incremento populacional) no Previne é de 53%, a soma da participação do PAB Fixo no PAB (30%) com o valor de Custeio ESF (22%) é de 52% no total do PAB. A parte variável, relativa ao desempenho, é de 7% no Previne, enquanto o PMAQ representava 11% do PAB. Por fim, as ações estratégicas representavam 40% no Previne e 37% do total de transferências do PAB. Importante mencionar que mesmo dentro dos estados essa divisão permaneceu (Figura A2 do Apêndice).



Tabela 1: Participação relativa dos componentes do Previne Brasil e do PAB

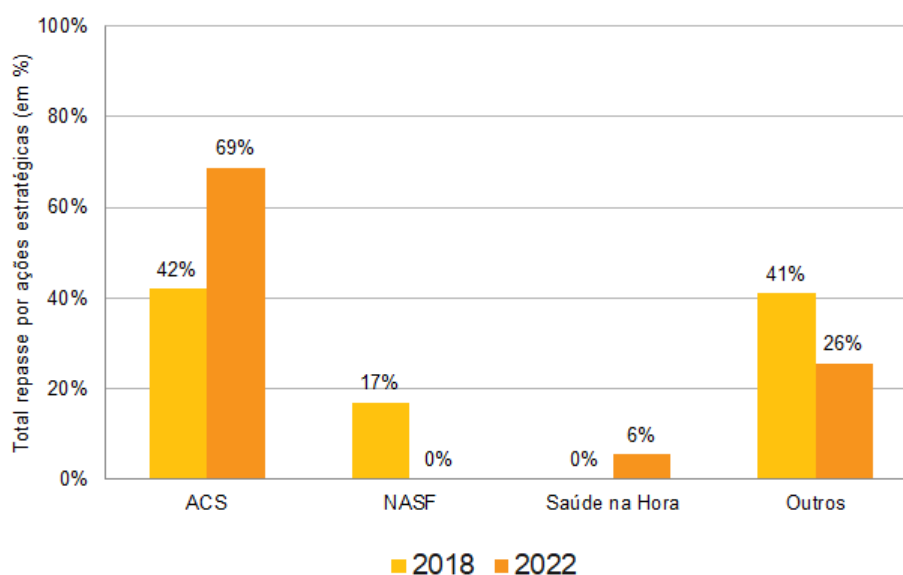
| Previne Brasil (2022) | Capitação Ponderada | Incremento Populacional | Indicadores de Desempenho | Ações Estratégicas | Total |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------|
| Participação | 47% | 6% | 7% | 40% | 100% |

| PAB (2018) | PAB Fixo | Custeio ESF | PMAQ | Demais Ações | Total |
|-------------------|-----------------|--------------------|-------------|---------------------|--------------|
| Participação | 30% | 22% | 11% | 37% | 100% |

Nota: Dados do Fundo Nacional da Saúde (FNS) e e-Gestor/AB. O componente capitação ponderada do Previne inclui o fator de correção (0,5%).

Se os macrocomponentes permaneceram com participação semelhante, o mesmo não se pode dizer do conjunto de programas que compõem as Ações Estratégicas. É importante lembrar que os recursos para esses componentes são definidos por estratégias específicas do Ministério da Saúde. A Figura 5 apresenta os conjuntos de ações estratégicas no ano de 2018 e 2022 e a proporção de gastos dentro do componente de ações estratégicas de cada ação (na Tabela A4 do Apêndice, apresentamos os valores). Enquanto até 2018 parte substancial dos recursos era dividido entre NASF e ACS, em 2022 o NASF não é mais financiado (Brasil 2020a) e o volume de recursos para ACS aumentou substancialmente. Esse aumento ocorreu de forma concomitante com as mudanças legais no piso salarial dos ACS, que passou de R\$ 1.250 em 2019, para R\$ 2.424 em 2022 (Brasil 2022a, 2018). Outros programas também passaram a vigorar. Por exemplo, o Saúde na Hora, que até 2018 não existia e em 2022 utilizou 6% dos recursos disponíveis para ações estratégicas.

Figura 5: Distribuição dos recursos de “Ações Estratégicas”, PAB e Previne



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS) e portais do SISAB e e-Gestor.



5 Análise dos componentes do Previne Brasil: Os municípios reagiram aos incentivos do Previne?

Nesta seção temos como objetivo analisar os resultados do programa Previne Brasil em relação aos componentes de capitação ponderada e pagamento por desempenho. A partir das regras previstas na concepção do programa, bem como alterações subsequentes, mostramos a evolução desses componentes ao longo do tempo. Em relação à capitação ponderada, focamos no aspecto relativo à população potencial e a forma como a população é cadastrada pelas equipes. Já em relação ao componente de desempenho, analisamos a evolução temporal do desempenho dos municípios em cada um dos sete componentes à luz das recentes alterações e considerando as diferentes categorias geográficas propostas pelo IBGE.

5.1 Capitação ponderada e evolução da cobertura

Um dos componentes principais do programa Previne Brasil é a capitação ponderada. Os recursos recebidos pelos municípios por esse componente dependem essencialmente do cadastro de usuários no SUS pelas equipes de saúde da família e de Atenção Primária. O limite desses cadastros está associado ao potencial de cadastro dos municípios, que por sua vez depende do número de equipes.

Um aspecto relevante é referente à universalidade (ou falta de) na fórmula de cálculo deste potencial (Massuda 2020). Caso o objetivo do programa fosse orientado pelo princípio de universalidade, os municípios deveriam ter como potencial a totalidade da população. A Figura 6a indica que o cadastro potencial compreendia menos de 75% da população brasileira no início do programa. Ao longo de dois anos, essa razão aumentou para 83%. Esse aumento potencialmente é explicado pelo também aumento no número das equipes de saúde financiadas pelo Previne que, entre 2020 e 2022, cresceu de 40 mil para 53 mil de acordo com os dados dos relatórios públicos do e-Gestor.

Outro ponto sensível é relacionado à capacidade de municípios realizarem o cadastro de usuários e assim captar os recursos potenciais (Massuda 2020). A Figura 6b indica que a razão entre cadastros realizados e potencial era próxima a 75% no início do programa. Essa razão subiu rapidamente, e em julho de 2022 já estava próxima a 93%. Ademais, como sugere a Figura 6c, o número de cadastros de beneficiários do programa Bolsa Família e do BPC aumentou em ritmo similar, e em julho de 2022 aproximadamente 64 milhões de pessoas nesses programas já haviam sido contabilizadas.

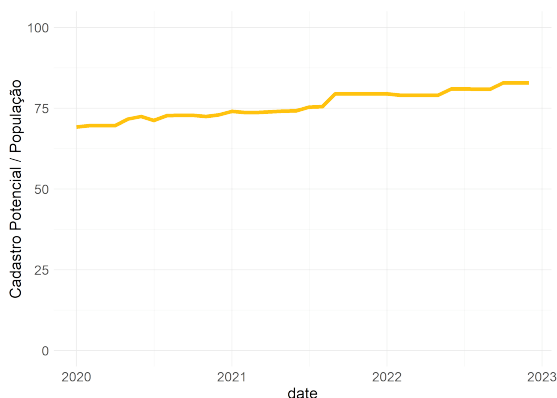
Se, na média, o cadastro evoluiu rapidamente, encontramos diferenças na relação entre cadastro realizado e potencial de acordo com o tipo de município. A Figura 6d indica que, enquanto os cadastros em municípios remotos já ultrapassaram seu potencial, em municípios adjacentes o potencial é próximo a 100%, e em municípios considerados



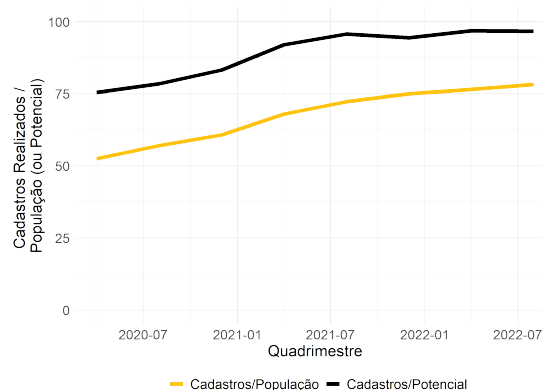
urbanos, os cadastros estão mais distantes do seu potencial.

Um dos pontos de atenção levantados por especialistas no início do Previne é que seria um desafio aos municípios registrar usuários, especialmente em locais mais vulneráveis e de população elevada (Massuda 2020). O que vemos é que, em locais mais vulneráveis (em sua maioria municípios remotos), isso não tem sido um problema aparente. No entanto, isso é verdade para municípios urbanos.

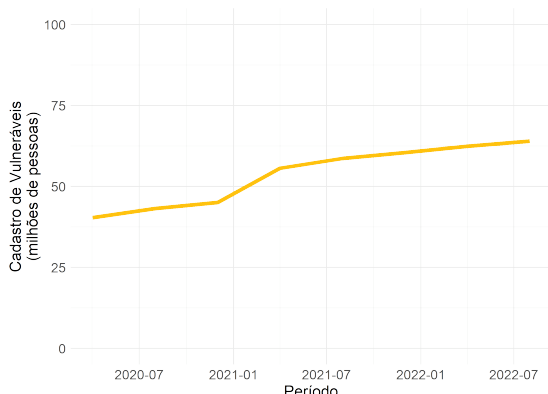
Figura 6: Capitação Ponderada, 2020-2022



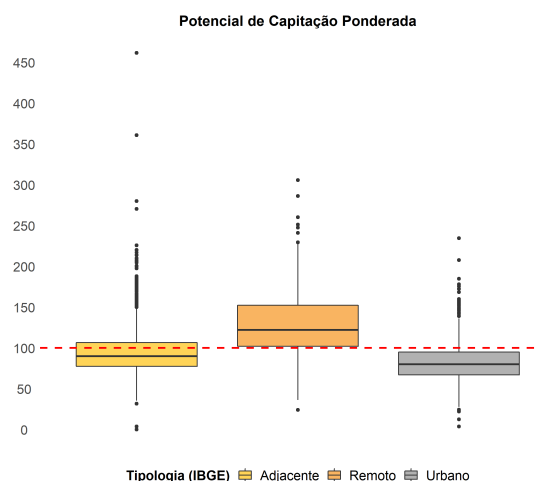
(a) Razão entre cadastro potencial e população



(b) Evolução do cadastro entre 2020 e 2022



(c) Evolução do cadastro de indivíduos vulneráveis



(d) Razão entre cadastro e potencial de cadastro por tipologia do município

Fontes: Relatórios públicos do SISAB e e-Gestor.

5.2 Indicadores de desempenho

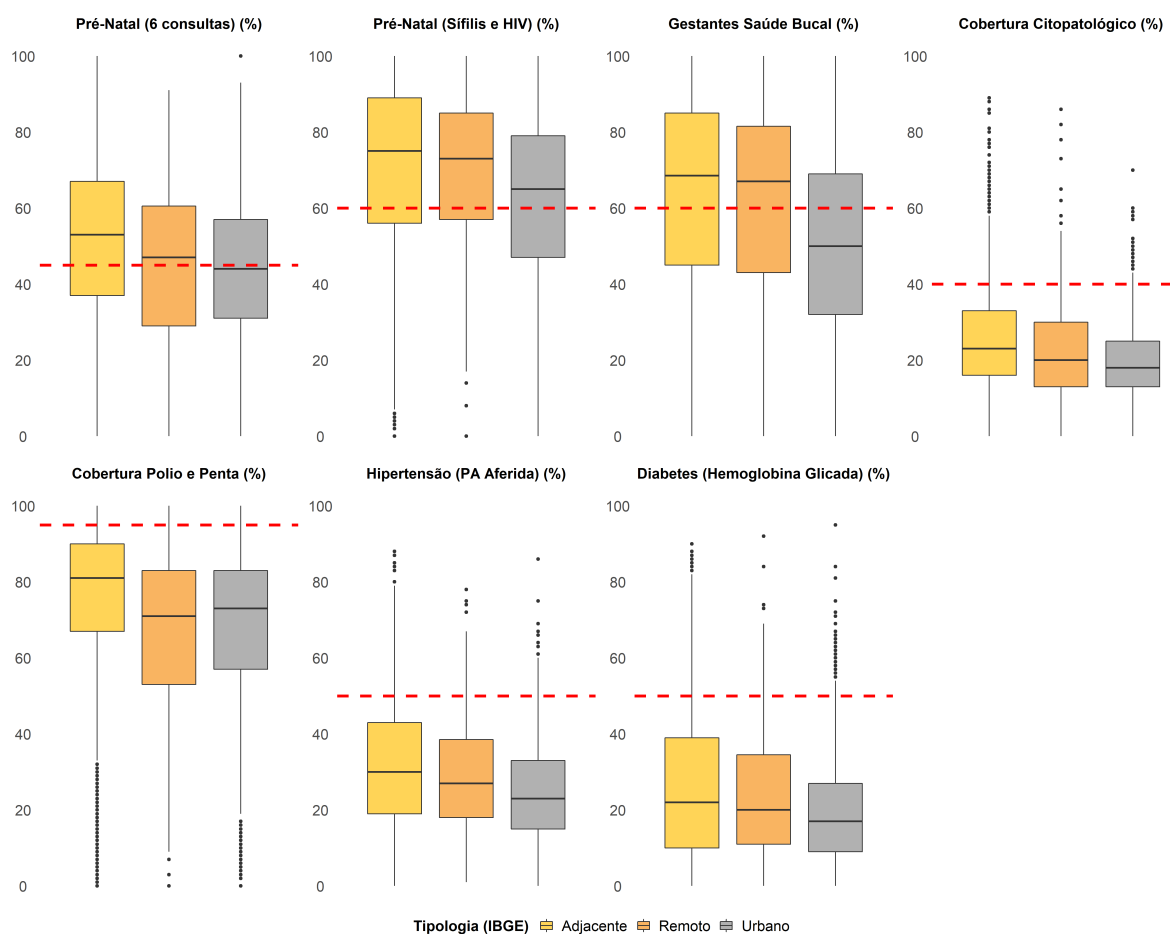
Analisamos dois aspectos das metas de desempenho, outro componente do Previne: como performaram os municípios no segundo quadrimestre de 2022 em relação aos sete indicadores, e a evolução global dos mesmos desde 2020.

A Figura 7 mostra a distribuição dos municípios em relação a cada um dos sete indi-



cadres de desempenho, de acordo com as três grandes categorias geográficas do IBGE (urbanos, remotos e adjacentes) para a competência de outubro de 2022. Observa-se que a maioria dos municípios se encontra abaixo da meta para a maior parte dos indicadores (linhas tracejadas). Especialmente nos indicadores relativos ao acompanhamento de doenças crônicas, os municípios têm resultado bastante abaixo da meta. Em contrapartida, o desempenho dos municípios é melhor nos três indicadores relacionados a gestação e cuidado pré-natal.

Figura 7: Distribuição e metas dos indicadores de desempenho do Previne, por tipo de município (outubro, 2022)

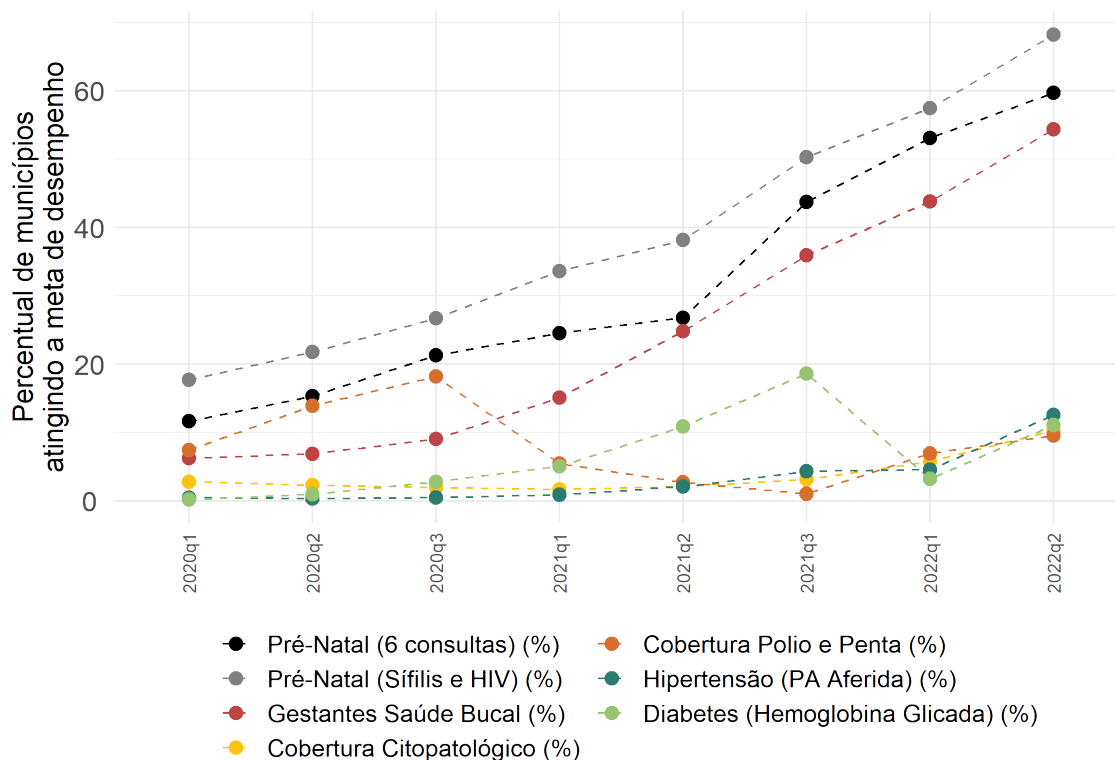


Fonte: Relatórios públicos do SISAB. As linhas em vermelho se referem às metas estabelecidas no Previne.

Na Figura 8, apresentamos as tendências dos indicadores de desempenho, utilizando como indicador a proporção de municípios acima da meta para cada um deles em cada quadrimestre de 2020 a 2022. Apesar de algumas ressalvas, como por exemplo a mudança da meta do indicador de consultas pré-natal (que até 2021 era de 60%, e em 2022 passou a ser 45%) e mudanças mais estruturais na forma de cálculo dos indicadores, observamos uma trajetória positiva de melhora para os indicadores relacionados a gestação e pré-natal. Por outro lado, para os demais indicadores não observamos melhoras substanciais ao longo do tempo.



Figura 8: Evolução dos indicadores de desempenho, 2020-2022



Fonte: Relatórios públicos do SISAB. Cada linha no gráfico apresenta o percentual de municípios que atingiu a meta no respectivo quadrimestre. As metas foram corrigidas de acordo com as atualizações previstas nas notas técnicas disponíveis no SISAB.

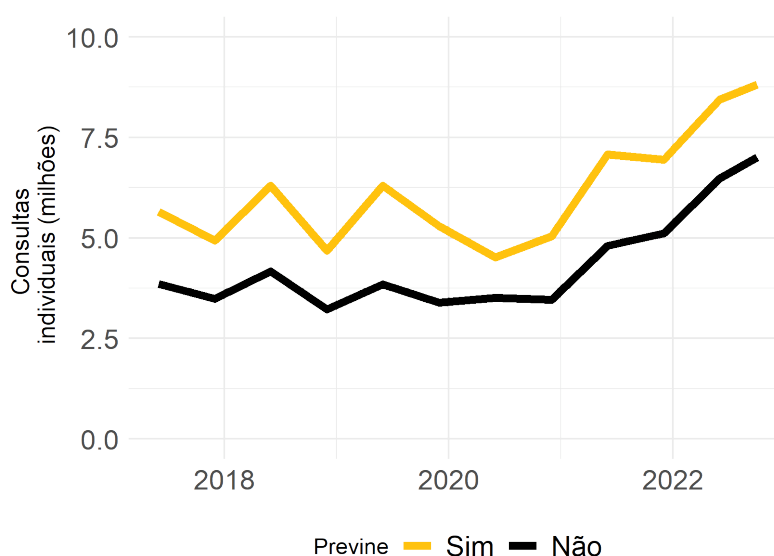
Importante destacar que o desempenho nesses indicadores não afetou o recebimento de recursos dos municípios nesse componente do programa até 2022, quando se começou a considerar, de forma progressiva, o alcance real dos indicadores. A partir do primeiro quadrimestre de 2022, passou-se a considerar o alcance real dos indicadores de pré-natal e realização de exames de sífilis e HIV; a partir do segundo quadrimestre, dos indicadores de gestantes com atendimento odontológico, coleta de citopatológico e proporção de crianças de um ano de idade vacinadas com vacinas específicas; e a partir do terceiro quadrimestre, os indicadores relacionados ao acompanhamento de doenças crônicas (diabetes e hipertensão) deveriam começar a ser contabilizados pelo alcance real, finalizando a implementação dos indicadores de desempenho. Contudo, isso acabou adiado por mais um quadrimestre.

Um ponto de atenção relevante em um modelo de desempenho como o do Previne está relacionado ao possível foco nas metas assinaladas em contrapartida à menor atenção sobre outros serviços de saúde também importantes (Massuda 2020). Com o objetivo de analisar se isso ocorreu, a Figura 9 apresenta o total de atendimentos individualizados na Atenção Primária. Separamos em atendimentos relacionados às metas do Previne (diabetes, hipertensão arterial, pré-natal) e atendimentos não relacionados



(asma, desnutrição, DPOC, obesidade, puericultura, puerpério [até 42 dias], saúde sexual e reprodutiva, tabagismo, usuário de álcool, usuário de outras drogas, saúde mental, reabilitação, doenças transmissíveis - dengue, doenças transmissíveis - DST, doenças transmissíveis - hanseníase, doenças transmissíveis - tuberculose, rast. câncer de mama, rast. câncer do colo do útero, rast. risco cardiovascular). De maneira agregada, não observamos nenhuma tendência diferente entre os dois grupos de atendimentos. O total de atendimentos evoluiu positivamente independente da associação com o programa.

Figura 9: Consultas individualizadas agrupadas por relação com os indicadores de desempenho do programa Previne



Fonte: Relatórios públicos do e-Gestor. Atendimentos relacionados às metas do Previne: diabetes, hipertensão arterial, pré-natal. Atendimentos não relacionados às metas do Previne: asma, desnutrição, DPOC, obesidade, puericultura, puerpério (até 42 dias), saúde sexual e reprodutiva, tabagismo, usuário de álcool, usuário de outras drogas, saúde mental, reabilitação, d. transmissíveis - dengue, d. transmissíveis - DST, d. transmissíveis - hanseníase, d. transmissíveis - tuberculose, rast. câncer de mama, rast. câncer do colo do útero, rast. risco cardiovascular.



6 Discussão

A expansão da Atenção Primária no Brasil promoveu melhorias expressivas nos indicadores de saúde da população (Castro et al. 2019; Hone et al. 2017; Mrejen et al. 2021), e hoje a APS é uma estratégia prioritária para a expansão e fortalecimento do SUS (Brasil 2017). Sendo assim, o financiamento deste componente ocupa posição central no debate público. Com a mudança de modelos a partir de 2020, que levou ao fim do PAB e à implementação do Previne Brasil, surgiram diversas questões.

Neste estudo, apresentamos comparações do Previne em relação ao modelo antigo, e análises a respeito de cada um dos três principais componentes do programa atual. Tendo em vista o momento atual de começo de um novo governo, é essencial que haja uma compreensão clara de onde estamos hoje em relação ao financiamento da Atenção Primária. Esse conhecimento pode ajudar na construção de um modelo que atenda às necessidades da população brasileira e da Atenção Primária, como um todo, no país.

Dentre os principais achados destacamos que, em termos reais, apesar de haver um aumento no nível de financiamento da APS como um todo, o nível de recursos totais direcionados por cada modelo não se alterou expressivamente. Isso aconteceu pois a parcela de recursos destinada a emendas parlamentares cresceu substancialmente no período analisado. Sem mudanças no montante destinado ao custeio regular da atenção primária, mudanças terão implicações apenas na distribuição de recursos, como foi o caso com a implementação do Previne.

O Previne Brasil promoveu uma redistribuição dos repasses federais entre municípios no sentido de possibilitar que municípios rurais e adjacentes recebessem maior volume de recursos do que municípios urbanos em comparação ao PAB. Além disso, locais com maior quantidade de pessoas cadastradas em programas de transferência de renda (BPC e Bolsa Família) e com maior proporção de crianças e idosos também se beneficiaram com o programa. Acreditamos que esses aspectos são pontos positivos do programa, pois direcionam os recursos de atenção primária para municípios mais vulneráveis e com maior dificuldade de cobertura. No entanto, nossa análise sugere que municípios com contingente populacional maior e com renda per capita menor foram penalizados com a mudança, após controlarmos para outras variáveis. Esses resultados merecem atenção de investigações futuras, uma vez que podem mitigar o caráter redistributivo do programa.

Ao comparar os componentes do Previne e do PAB, notamos uma alteração marginal na distribuição de recursos entre componentes. Em 2022, a soma dos percentuais de recursos do Previne destinados aos componentes de capitação ponderada e incremento populacional são bastante próximos aos recursos do PAB destinado ao PAB Fixo e Custeio de ESF. O percentual do Previne destinado aos indicadores de desempenho caiu em relação ao PMAQ, incentivo de desempenho do PAB. Em contrapartida, os recursos



destinados ao componente de ações estratégicas aumentaram no Previne em comparação ao PAB. No entanto, nossas análises sugerem que esse aumento do percentual para ações estratégicas se deve, sobretudo, ao aumento de recursos destinados ao custeio dos agentes comunitários de saúde, o que é explicado pelos aumentos no piso salarial que essa categoria teve ao longo dos anos de 2018 e 2022. Como as ações estratégicas são programas definidos pelo Ministério da Saúde e o volume de recursos para esse componente é alto, há possibilidade de que ações específicas da atenção primária sejam implementadas sem necessariamente restringir outras ações relacionadas aos elementos centrais do Previne (capitação ponderada e indicadores de desempenho).

Analizamos também se os municípios de fato reagiram aos incentivos de cadastro e desempenho no Previne. Notamos que houve uma ampliação acelerada no nível de cadastramento, sobretudo em municípios rurais, sobre os quais havia uma preocupação acerca de suas capacidades institucionais para efetivação de cadastros. Além disso, o cadastro de indivíduos com vulnerabilidade socioeconômica atingiu volume relevante. Para municípios urbanos, no entanto, o desafio de cadastros tem sido maior e esses municípios ainda não conseguiram igualar os cadastros efetivados ao potencial de cadastros. Em conjunto, a existência desse cadastro abre grandes possibilidades de monitoramento de ações e uso de dados para planejamento estratégico por parte do Ministério da Saúde.

Ao analisarmos os indicadores relativos ao pagamento por desempenho, notamos que a maioria dos municípios se encontra abaixo da meta para a maior parte dos indicadores. Observamos uma trajetória de melhora para os indicadores ao longo do tempo, especialmente os relacionados a gestação e pré-natal. Nossos resultados também sugerem que a evolução positiva nos indicadores de desempenho ocorreu sem prejuízo aos outros procedimentos da atenção primária.

Nossa análise possui algumas limitações importantes. Primeiro, o Previne Brasil funcionou com mecanismos de transição durante o período que analisamos (em especial os anos de 2020 e 2021). Dessa forma, esta avaliação refere-se a um programa e regras ainda não implementadas plenamente. Segundo, o uso de valores totais pode não ser o mais adequado para comparar o Previne ao PAB. Isso porque o componente de “Ações Estratégicas” pode ser influenciado por uma série de medidas que estão fora do núcleo do programa (capitação ponderada e recursos por desempenho). Para minimizar os problemas oriundos dessa limitação, apresentamos um exercício alternativo que analisa componentes centrais dos dois programas (e.g. capitação ponderada e PAB fixo) e os resultados são muito semelhantes à análise com valores totais. No entanto, como se trata de uma seleção subjetiva, uma outra seleção de componentes pode refletir uma redistribuição diferente da que apresentamos aqui.

Do ponto de vista da sustentabilidade do programa, o entendimento de algumas questões ainda é incipiente e merece atenção em futuras investigações. Por exemplo,



o componente de capitação ponderada baseia-se no cadastro de usuários e, apesar de ser uma medida importante para mapeamento dos usuários da Atenção Primária, não está claro como os municípios irão utilizar e atualizar esses cadastros, nem quais serão os incentivos para isso. O mesmo vale para os indicadores de desempenho: os indicadores ainda podem direcionar o comportamento das equipes de saúde de maneira não desejável, como foco excessivo nos indicadores sugeridos pelo Ministério (Mendelson et al. 2017; Zweifel, Breyer e Kifmann 2009). Além disso, os indicadores sintéticos do Previne ignoram os atributos de projeção territorial da APS: orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural. Finalmente, ambos os componentes tratam as equipes de saúde da família da mesma maneira que outros modelos de atenção primária, contrariando evidências que mostram que o primeiro tem eficácia e impacto superiores.

Por fim, vale ressaltar que o Previne segue dois princípios bastante relevantes. Em primeiro lugar, a redistribuição de recursos conforme vulnerabilidade dos territórios. Em segundo lugar, um sistema de incentivos que pretende direcionar a produção a metas e à melhoria da cobertura e da qualidade. Acreditamos que o primeiro deles deve ser aprofundado, dada a desigualdade de capacidades institucionais e necessidades em saúde e de financiamento próprio de municípios mais vulneráveis em comparação com municípios menos vulneráveis. Os resultados indicam que este movimento ocorreu com a transição para o Previne, mas alguns pontos de atenção permanecem. Em especial, a ausência de novos recursos pode restringir os benefícios de iniciativas de redistribuição como a proposta. Com relação ao segundo princípio, houve uma substituição de incentivos e ainda não está claro qual será a consequência em termos de cobertura e qualidade dos serviços da APS uma vez que o modelo de financiamento ainda está em transição. Pesquisas futuras poderão trazer mais luz sobre o impacto da transição entre os modelos.



Referências

- Brasil. 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília.
- . 1998. *Portaria N° 3.925, de 13 de novembro de 1998*. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- . 2012. *Lei Complementar N° 141, de 13 de janeiro de 2012*. Brasília.
- . 2017. *Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- . 2018. *Lei N° 13.708, de 14 de agosto de 2018*. Brasília.
- . 2019a. *Portaria N° 2.938, de 11 de novembro de 2019*. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- . 2019b. *Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- . 2019c. *Portaria N° 3.510, de 18 de dezembro de 2019*. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- . 2019d. *Portaria N° 930, de 15 de maio de 2019*. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- . 2020a. *Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
- . 2020b. *Nota Técnica N° 5/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
- . 2022a. *Emenda Constitucional N° 120, de 5 de maio de 2022*. Brasília.
- . 2022b. *Portaria GN/MS N° 26, de 7 de janeiro de 2022*. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Castro, Marcia C, Adriano Massuda, Gisele Almeida, Naercio Aquino Menezes-Filho, Monica Viegas Andrade, Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha, Rudi Rocha et al. 2019. “Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future”. *The Lancet* 394 (10195): 345–356.
- Glazier, Richard H., Julie Klein-Geltink, Alexander Kopp e Lyn M. Sibley. 2009. “Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation”. *CMAJ* 180 (11): E72–E81.



- Hanson, Kara, Nouria Brikci, Darius Erlangga, Abebe Alebachew, Manuela De Allegri, Dina Balabanova, Mark Blecher et al. 2022. “The *Lancet Global Health* Commission on financing primary health care: putting people at the centre”. *The Lancet Global Health* 10 (5): e715–e772.
- Harzheim, Erno. 2020. “‘Previne Brasil’: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva* 25 (4): 1189–1196.
- Harzheim, Erno, Otávio Pereira D’Avila, Lucas Alexandre Pedebos, Lucas Wollmann, Luis Gustavo Mello Costa, Carlo Roberto Hackmann da Cunha, Luana Nunes de Moura, Tales Minei e Livia de Almeida Faller. 2022. “Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento”. *Ciência & Saúde Coletiva* 27:609–617.
- Hone, Thomas, Davide Rasella, Mauricio L. Barreto, Azeem Majeed e Christopher Millett. 2017. “Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis”. *PLOS Medicine* 14 (5).
- Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2022. “IEPS Data”. <https://iepsdata.org.br/>.
- Massuda, Adriano. 2020. “Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?” *Ciência e Saúde Coletiva* 25 (4): 1181–1188.
- Mendelson, Aaron, Karli Kondo, Cheryl Damberg, Allison Low, Makalapua Motúapuaka, Michele Freeman, Maya O’Neil, Rose Relevo e Devan Kansagara. 2017. “The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review”. *Annals of Internal Medicine* 166 (5): 341–353.
- Ministério da Saúde. 2022a. “e-Gestor Atenção Básica”. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>.
- . 2022b. “Fundo Nacional de Saúde: Painel de repasses fundo a fundo”. https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html.
- . 2022c. “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)”. <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq#:~:text=Programa%5C%20Nacional%5C%20de%5C%20Melhoria%5C%20do,oferecidos%5C%20aos%5C%20cidad%5C%C3%5C%A3os%5C%20do%5C%20territ%5C%C3%5C%B3rio>.
- . 2022d. “Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica”. https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html.



Mrejen, Matías, Rudi Rocha, Christopher Millett e Thomas Hone. 2021. “The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis”. *The Lancet Regional Health - Americas* 4.

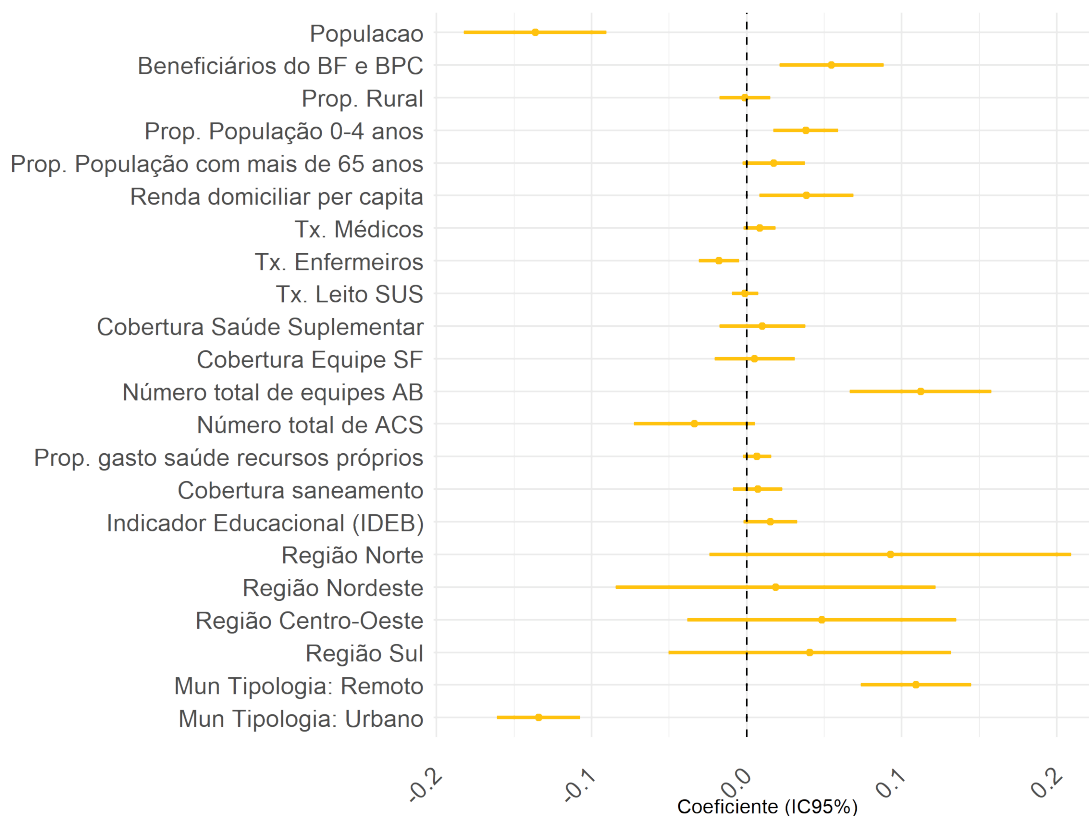
Seta, Marismary Horsth De, Carlos Octávio Ocké-Reis e André Luis Paes Ramos. 2021. “Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?” *Ciência & saúde coletiva* 26:3781–3786.

Zweifel, Peter, Friedrich Breyer e Mathias Kifmann. 2009. *Health Economics*. 2ª ed. Springer Berlin, Heidelberg.



Apêndice

Figura A1: Relação entre variação percentual de recursos entre PAB e Previne (excluindo ações estratégicas) e características dos municípios



Fontes: Fundo Nacional de Saúde (FNS), IBGE, IEPS Data. A figura mostra os coeficientes de uma regressão múltipla que tem como variável dependente a variação percentual do custeio da APS recebidos pelos municípios entre 2018 e 2022. Os valores de 2018 consideraram os seguintes componentes do PAB: PAB fixo, PMAQ e Custeio à ESF. Os valores de 2021 consideraram os seguintes componentes do Previne: capitação ponderada, fator de correção, incremento populacional e pagamento por desempenho. Os valores de 2018 foram deflacionados utilizando os preços de dezembro de 2022. Todas as variáveis independentes foram normalizadas para ter média zero e desvio-padrão igual a 1. As linhas amarelas representam o intervalo de confiança de 95%.



Figura A2: Participação relativa dos componentes do PAB 2018 e Previne 2022, por UF e total Brasil

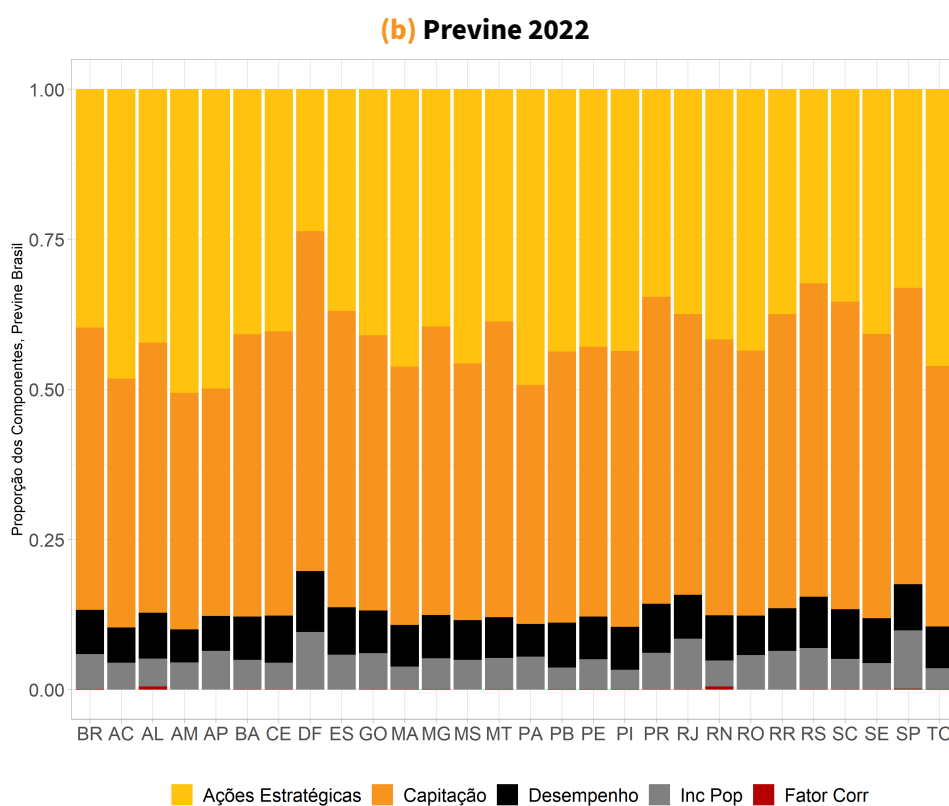
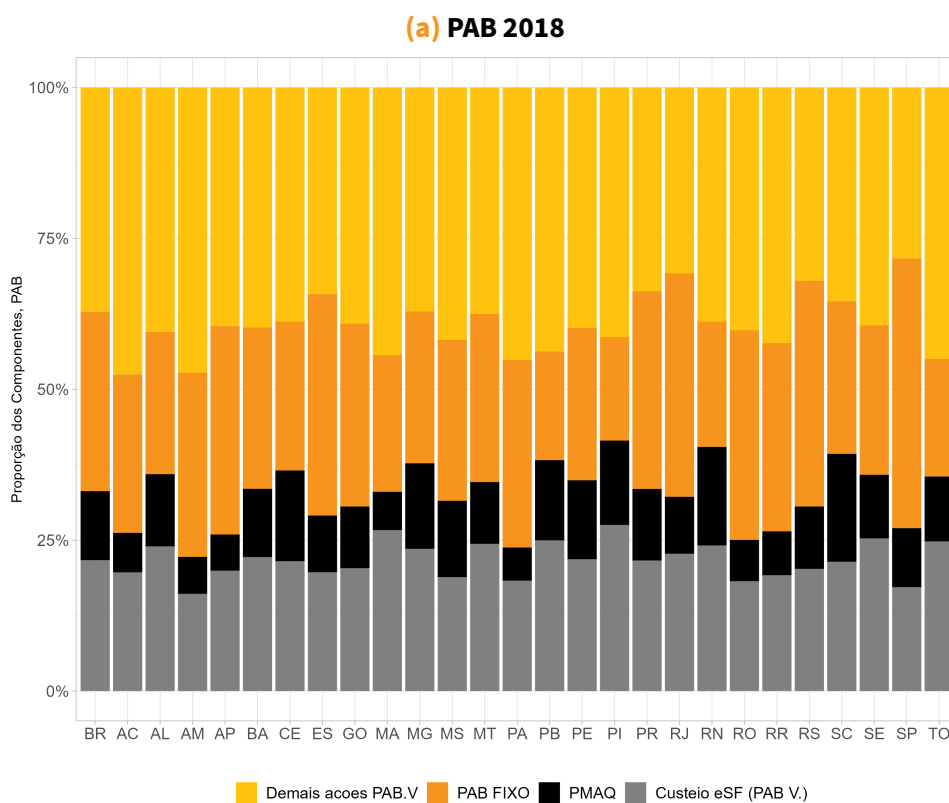




Tabela A1: Adicionais da Capitação Ponderada - Previne Brasil

| Crítérios | Grupos | Peso por cadastro |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| Vulnerabilidade Socioeconômica | Bolsa Família | 1,3 |
| | Benefício de prestação Continuada (BPC) Benefício Previdenciário para pessoas com rendimento menor que 2SM | |
| Faixa Etária | Maiores do que 65 anos | 1,45 |
| | Menores do que cinco anos | |
| Classificação do Município | Intermediário e rural adjacente | 2 |
| | Intermediário e rural remoto | |

Fonte: Portaria n° 2.979, de novembro de 2019.



Tabela A2: Capitação Ponderada: potencial de cadastro por município

| Tipo de município | Tipos de equipe | | |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | <i>Saúde da Família</i> | <i>Atenção Básica 20h</i> | <i>Atenção Básica 30h</i> |
| 1 - Urbano | 4.000 pessoas | 4.000 pessoas | 3.000 pessoas |
| 2 - Intermediário adjacente | 2.750 pessoas | 1.375 pessoas | 2.063 pessoas |
| 3 - Rural adjacente | | | |
| 4 - Intermediário remoto | 2.000 pessoas | 1.000 pessoas | 1.500 pessoas |
| 5 - Rural remoto | | | |

Fonte: Portaria n° 2.979, de novembro de 2019.



Tabela A3: Indicadores de desempenho Previne Brasil

| Indicador | Tipo de Indicador | Nome do Indicador | Metas (2022) | Peso |
|------------------|--|--|---------------------|-------------|
| 1 | | 6 consultas de pré-natal | 45% | 1 |
| 2 | Pré-Natal (% de gestantes) | Realização de exames para sífilis e HIV | 60% | 1 |
| 3 | | Atendimento odontológico realizado | 60% | 2 |
| 4 | Saúde da Mulher (% de mulheres) | Coleta de citopatológico na APS | 40% | 1 |
| 5 | Saúde da Criança (% de crianças com um ano) | Vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenzae</i> tipo B e Poliomielite inativada | 94% | 2 |
| 6 | Doenças Crônicas (% de pessoas com pré-condição) | Consulta e pressão arterial aferida no semestre em hipertensos | 50% | 2 |
| 7 | | Consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre em diabéticos | 50% | 1 |

Fonte: SISAB. Nota Técnica Explicativa do Relatório de Indicadores de Desempenho da APS (Previne Brasil - 2022).



**Tabela A4: Valores das principais Ações Estratégicas, PAB 2018 e Previne 2021
(bilhões de reais correntes)**

| Anos | ACS | NASF | Saúde na Hora | Outros |
|-------------|------------|-------------|----------------------|---------------|
| 2018 | R\$ 2,640 | R\$ 1,097 | R\$ 0 | R\$ 2,565 |
| 2021 | R\$ 4,100 | R\$ 0 | R\$ 0,527 | R\$ 2,541 |

Fonte: e-Gestor/AB e FNS.