

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 270/2020/ASPAR/GM/MS

Brasília, 17 de janeiro de 2020.

A Sua Excelência a Senhora
Deputada SORAYA SANTOS
Primeira-Secretária
Edifício Principal, sala 27
Câmara dos Deputados
70160-900 Brasília - DF

Assunto: Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 927/2019

Senhora Primeira-Secretária,

Reporto-me ao expediente destacado na epígrafe, referente ao Requerimento de Informação nº 1653, de 04 de dezembro de 2019, para encaminhar as informações prestadas pelo órgão técnico deste Ministério.

Atenciosamente,

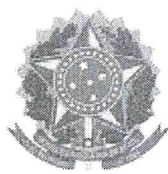
LUIZ HENRIQUE MANDETTA
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Mandetta, Ministro de Estado da Saúde**, em 17/01/2020, às 17:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013166824** e o código CRC **03DF514A**.



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 17 de janeiro de 2020.

Ao Gabinete do Ministro

Assunto: **Requerimento de Informação nº 1653/2019 - Deputado Jesus Sérgio**

1. Trata-se de **Requerimento de Informação nº 1653/2019** (0012534113), de autoria do Deputado Jesus Sérgio, o qual solicita informações ao Ministro de Estado da Saúde acerca das novas regras determinadas pela Portaria nº 2.979, de 2019 que institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde.
2. Em resposta, encaminhem-se, para ciência e atendimento à solicitação da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados (0012534113), encaminhando **Nota Técnica nº 2/2020-DESF/SAPS/MS**, elaborada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS.

GABRIELLA BELKISSE ROCHA

Assessora Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares



Documento assinado eletronicamente por **Gabriella Belkisse Câmara Rocha Tavares, Assessor(a) Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares**, em 17/01/2020, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013166498** e o código CRC **1024A1B1**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família

NOTA TÉCNICA Nº 2/2020-DESF/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

Em atenção Requerimento de Informação nº 1653/2019 (0012534113), de autoria do Deputado Jesus Sérgio, o qual solicita informações acerca das novas regras determinadas pela Portaria nº 2.979, de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, esta Secretaria vem prestar os devidos esclarecimentos acerca do assunto, conforme adiante.

2. **ANÁLISE**

Preliminarmente, antes mesmo de adentrar nas questões apresentadas como fundamentação para o requerimento supramencionado, cumpre apresentar os aspectos gerais da normativa em discussão.

ASPECTOS GERAIS DA NORMATIVA

O novo modelo de financiamento estabelecido pela Portaria n.º 2.979/2019, e denominado *Previne Brasil*, constitui-se como o conjunto de componentes, procedimentos e diretrizes que orientam o processo de alocação, transferência, monitoramento e avaliação de recursos federais destinados ao custeio das ações estruturantes e desejáveis para a Atenção Primária à Saúde (APS).

A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), reúne atributos e características capazes de organizar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo mais racional, compatível com o atual perfil demográfico e epidemiológico, e com maior potencial de produzir melhores desfechos na saúde das pessoas, segundo apontamento de uma série de evidências científicas. É o nível de atenção com capacidade de resolver mais de 80% dos problemas de saúde das pessoas, e suas equipes devem realizar diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção de saúde e coordenação do cuidado de saúde das pessoas e suas famílias.

Entre as características da APS que a tornam mais forte e capaz de produzir melhores resultados em saúde estão os atributos da APS propostos por Barbara Starfield, entre os quais estão os atributos essenciais: *acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado*.

Por **acesso** compreende-se a responsabilidade de a APS ser o primeiro e principal contato das pessoas com o sistema, de modo responsivo às suas necessidades e, também, proativo, na medida em que deve ser responsável por buscar os cidadãos ainda que estes não tenham manifestado demanda pelo serviço.

Por **longitudinalidade** entende-se a característica de manter vínculo com um conjunto de pessoas ao longo do tempo, de maneira a promover uma adequada relação das pessoas com seus respectivos profissionais de saúde, ampliando a confiança e a capacidade de intervenção sobre os problemas de saúde.

A **integralidade** caracteriza as equipes como resolutivas e capazes de intervir desde a promoção até a reabilitação das pessoas pelas quais são responsáveis.

A **coordenação do cuidado** caracteriza-se pela capacidade que as equipes de saúde da família da APS têm em estabelecer mecanismos de integração e cooperação clínica com os diferentes níveis de atenção, a partir de melhoria sobre fluxos de referência e contrarreferência, contato com médicos e profissionais da atenção especializada e hospitalar, entre outros.

Na busca por atender os compromissos de melhoria e fortalecimento da APS segundo as diretrizes acima relatadas, as transferências financeiras federais da APS aos Municípios obedecem a normativas decorrentes do Pacto Federativo prescrito pela Constituição da República, e às normas infraconstitucionais e infralegais que regulamentam a matéria tais como, a Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012, a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a Portaria de Consolidação n.º 2 de 28 de setembro de 2017 e a Portaria de Consolidação n.º 6 de 28 de setembro de 2017. Todas as referidas normativas fazem a menção à responsabilidade solidária dos três entes no financiamento das ações e serviços de saúde, efetivada a partir das previsões legais quanto ao rateio das despesas de saúde, e o mínimo a ser aplicado por cada ente nas ações e serviços públicos de saúde.

No que corresponde à proporção a ser destinada pelos entes para as despesas da estruturação de ações e serviços da APS, verifica-se que não há previsão legal de mínimos percentuais a serem aplicados pelos três entes federativos. O que pode ser observado é que, sendo a execução das ações e serviços da APS responsabilidade precípua dos Municípios, os mesmos assumem a maior parte dos custos envolvidos na provisão de ações e serviços da APS.

Nesse sentido, cabe a ressalva quanto a tal característica, para a compreensão de que os recursos financeiros abrangidos pela Portaria n.º 2979, de 12 de novembro de 2019, correspondem à participação federal na receita envolvida na implementação e manutenção das ações e serviços de saúde da APS. Com isso, tal ato normativo não prejudica as responsabilidades legais do ente federal quanto à garantia de recursos financeiros destinados ao conjunto das ações e serviços de saúde, e nem tampouco tem pretensão eficácia sobre as responsabilidades dos entes estaduais e municipais no tocante à garantia dos respectivos pisos financeiros constitucionais.

Ademais, cabe elucidar que, da perspectiva do Orçamento Geral da União, tal modelo aplica-se aos componentes programáticos voltados ao custeio federal de ações a serem desenvolvidas pelos Municípios quanto à ampliação, manutenção e qualificação das estratégias e serviços ofertados pela APS, e cuja natureza de despesa é corrente. Portanto, no Orçamento Geral da União corresponde às transferências da União aos Fundos Municipais de Saúde alocadas até o exercício de 2019 na Função Saúde, Subfunção Atenção Básica, Programa de Trabalho Fortalecimento do Sistema Único de Saúde, e Ação Piso da Atenção Básica, passando a corresponder na proposta de Lei Orçamentária de 2020, à Ação 219A.

PRESSUPOSTOS E ESTUDOS QUE FUNDAMENTARAM O ATO

O Previne Brasil, instituído pela Portaria n.º 2.979/2019 foi formulado a partir da identificação de necessidades históricas de aperfeiçoar mecanismos criados há mais de 20 anos, acolher críticas advindas dos gestores sobretudo os Municipais, e ainda, corrigir distorções na distribuição dos recursos decorrentes da obsolescência do modelo. Tal proposta teve participação ativa do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde-CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS, além de discussões com a Confederação Nacional dos Municípios, com a Câmara de Deputados, e com o Tribunal de Contas da União (TCU).

Para elucidar as razões que ensejaram o estudo e reformulação dos mecanismos de financiamento até então vigentes, faz-se necessário descrevê-los, ao mesmo tempo em que as limitações e fragilidades a serem saneadas pelo novo modelo de financiamento são apresentadas. Reitera-se que o modelo regulamentado pela normativa abordada pelo RIC incide sobre as ações programáticas até então vinculadas na subfunção atenção básica e ação Piso da Atenção Básica (PAB). Como integrantes de tal ação orçamentária estão o Piso da Atenção Básica Fixo e o Piso da Atenção Básica Variável; cumpre então, descrever tais componentes.

No que se refere ao PAB Fixo, trata-se de componente constituído por valor fixo per capita, cujo montante final a ser repassado é calculado a partir de sua multiplicação pela população municipal estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE e de acordo com a atualização populacional vigente. Para a definição do valor anual per capita ao qual os Municípios podem fazer jus, são considerados quatro valores, de acordo com a distribuição dos municípios em quatro faixas, definidas a partir da verificação dos seguintes indicadores: PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza e Densidade Demográfica. Até 2019, o repasse vinha sendo feito baseado na atualização de estimativa populacional do IBGE para o ano de 2016, conforme publicação do Diário Oficial da União de 30 de agosto de 2016 pelo IBGE. Desse modo, a defasagem temporal e populacional somam três anos.

Os valores per capita variam de acordo com as quatro faixas definidas, sendo o valor mínimo de R\$ 23,00 per capita ao ano, destinado aos Municípios menos vulneráveis segundo os indicadores citados, e o maior, de R\$ 28,00 per capita ao ano, destinado aos Municípios mais vulneráveis. A metodologia de cálculo é descrita sucintamente no Anexo I da Portaria GM n.º 1.602, de 19 de julho de 2011, sem menção clara aos períodos de extração dos dados considerados para o cálculo.

Verifica-se que a análise feita para proceder a destinação de valores diferenciados aos Municípios mais vulneráveis só alcança a unidade Municipal, sem observar a distribuição individual da vulnerabilidade nos Municípios, o que de antemão pode ser apontada como fragilidade do componente. Ademais, as informações e atualizações de cada indicador considerado e que culminam na definição de maior ou menor valor per capita a ser repassado aos Municípios, não ocorrem a contento ou apresentam mecanismos de divulgação suficientemente transparentes. Além disso, para o ano de 2019, a estimativa populacional que define o montante de recursos do PAB Fixo data de 2016, totalizando lapso temporal de três anos que certamente incorre em distorções no repasse frente a contingentes populacionais acima ou aquém da realidade.

Quanto ao repasse do PAB Variável, este é dependente da adesão dos Municípios a uma série de estratégias e programas, a partir do credenciamento e implantação/cadastro, por parte da gestão municipal. Entre as estratégias e programas estão as Equipes de Saúde da Família (eSF), as Equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das Unidades de Saúde da Família Fluvial (UBSF), dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre outros. Os programas e modalidades de equipe possuem valor de custeio mensal definido, condicionado ao atendimento a regras específicas definidas em suas respectivas normativas. Para concretização do repasse vinculado a essas estratégias, os entes municipais precisam necessariamente cumprir regramentos vinculado a cada regulamentação. Como ação mais representativa do PAB variável quanto à relevância assistencial e volume de recursos envolvidos, destaca-se o custeio das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Portanto, os componentes Fixo e Variável do PAB são baseados, respectivamente, na lógica per capita populacional, e na adesão a estratégias para o custeio das ações e serviços públicos da APS no Brasil, cuja estratégia prioritária referendada na PNAB é a Estratégia de Saúde da Família. Ambos os componentes têm origem no Piso Assistencial Básico, que se torna Piso da Atenção Básica com parte fixa e variável, a partir da publicação da Portaria GM n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997. O componente fixo do PAB era composto por um valor per capita que variava entre R\$ 10 e R\$ 18,00, e a parte variável do Piso da Atenção Básica correspondia ao repasse condicionado à implantação de algumas ações e programas, entre os quais estavam ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, de Assistência Farmacêutica Básica, dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais. Em sua atual composição, a parte fixa e variável do Piso da Atenção Básica não têm contidas ações de vigilância e assistência farmacêutica, estando tais ações vinculadas a outras ações orçamentárias do Orçamento Geral da União, embora contribuam para a estruturação da APS. Atualmente, as equipes de saúde da família correspondem à ação mais estruturante da APS, e maior volume de recurso investido entre os componentes Fixo e Variável do PAB.

Como principal componente do PAB, ao longo das últimas décadas, a Estratégia de Saúde da Família, originalmente denominada Programa Saúde da Família, ampliou sua cobertura, principalmente nos municípios de menor porte populacional. Nacionalmente, a cobertura estimada de equipes de Saúde da Família (eSF) alcançou 64% em 2019 a partir da implantação de 43 mil equipes de saúde da família. A cobertura estimada é verificada a partir do cálculo do quantitativo de equipes credenciadas, implantadas e cadastradas, multiplicadas por um parâmetro de cobertura a ser seguido por cada equipe, de 3.450 pessoas. A expectativa de cobertura estimada a partir das 43 mil equipes de saúde da família é de 140 milhões de brasileiros. Entretanto, observa-se que a cobertura estimada não tem refletido a cobertura real da eSF quanto ao acesso e vinculação da população às referidas equipes. Ao serem verificadas as bases de informações provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica no primeiro quadrimestre de 2019, verificou-se que somente 90 milhões de pessoas estavam cadastradas e vinculadas a uma eSF.

Ou seja, dos 140 milhões de brasileiros que deveriam estar cobertos, cerca de 50 milhões não possuem vinculação alguma com a equipe de saúde da família implantada e para a qual o recurso federal é repassado, representando alarmante inadequação da assistência ofertada, e também, relativa ineficiência na aplicação do recurso público. Destarte, tal constatação expressa que as equipes atualmente implantadas pelas gestões municipais precisam investir esforços para a busca das pessoas que não estão acessando os serviços de APS e para sua vinculação. Em muitos desses casos, é possível que a população, sem conhecer seus serviços de APS de referência, acabem acessando as portas de urgência para tratar de questões que poderiam estar sendo melhor manejadas na própria APS. Esse se constitui, portanto, como um dos principais desafios a serem superados na APS, e cujo enfrentamento pode se dar no âmbito da revisão do mecanismo de financiamento vigente.

Além do desafio relacionado ao aumento do acesso e da cobertura real das eSF, persistem também os desafios referentes à qualidade e resolutividade dos serviços. Tal quadro torna preponderante a necessidade de instituir mecanismos mais efetivos de monitoramento e avaliação das ações e serviços da APS, bem como, a vinculação de repasses financeiros aos resultados em saúde.

Desta forma, para modificar o modelo de prestação de serviços e assegurar que a APS seja o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, foi necessário reformar o atual sistema de financiamento da APS de forma a expandir a cobertura e torná-la mais resolutiva e com maior qualidade. Sendo assim, o Ministério da Saúde recorreu às evidências científicas e adequado delineamento do problema para proposição de um modelo misto de financiamento com os fluxos orientados para as equipes de APS e baseado em resultados em saúde, com vistas a ampliar o acesso da população aos serviços, responsabilizar as equipes pelos indivíduos acompanhados, e proporcionar maior qualidade, efetividade, eficiência e equidade.

Entre os pressupostos e estudos que fundamentaram a proposição do Previn Brasil constam levantamentos que identificaram fragilidades na promoção do acesso pelas equipes de Atenção Primária à Saúde implantadas e nos mecanismos de financiamento vigentes; estudos que apontam a necessidade de ampliar os recursos investidos na APS e revisar a eficiência do gasto em Atenção Primária à Saúde; e revisão de mecanismos de financiamento implantados em países cuja Atenção Primária à Saúde está fortemente implantada e apresenta bons resultados em saúde.

Quanto às constatações referentes às fragilidades na promoção do acesso da população a ser coberta pelas equipes de saúde da família, conforme apresentado na seção anterior, foram consultadas as bases do Sistema de Informação da Atenção Básica- SISAB para verificação da situação cadastral da população a ser coberta segundo parâmetro de cobertura vigente 3.450 pessoas por equipe de saúde da família implantada. As fragilidades nos mecanismos vigentes indicam que, a vinculação das transferências a mecanismos que privilegiaram a vinculação de recurso financeiro à implantação de equipes, induziram à expansão da implantação de equipes de saúde da família. Contudo, a despeito da expansão em termos de capacidade instalada, verifica-se que a demanda a ser materializada a partir da vinculação efetiva das pessoas a essas equipes, não se deu, visto que 50 milhões de pessoas não estão cadastradas e atendidas pelas equipes. Desse modo, investir em mecanismos de financiamento que vinculem o repasse à responsabilização das equipes pelas pessoas, parece-nos razoável e necessário.

Quanto à relevância de investir os recursos do SUS na APS, e também de induzir a eficiência do gasto em APS, recorreu-se a estudo do Banco Mundial que aponta que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público, a partir do maior direcionamento para a APS dos recursos já alocados, e da indução de maior eficiência na sua utilização. A partir da utilização de técnica de fronteira de produção, o estudo estimou o nível de eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) em 63%, e para os níveis da Média e Alta Complexidade (MAC), de 29%. A partir desses resultados, estimou-se que existe uma folga (ou desperdício) anual de aproximadamente R\$9,3 bilhões apenas na APS, somando-se os recursos dos três níveis de governo. Na MAC, o desperdício anual estimado chega a R\$12,7 bilhões, considerados também os gastos tripartites em saúde.

Desse modo, o estudo aponta que, considerando-se a perspectiva da eficiência da utilização dos recursos públicos investidos pelos três entes federativos, é necessário investir mais recursos em APS do que na Média e Alta Complexidade, mas também, reduzir o desperdício de recurso público verificado. Para tanto, a proposta tanto busca a ampliação de recursos federais destinados à APS, e consequente ampliação da participação do investimento em APS no montante de recurso federal destinado às ações e serviços públicos de saúde, quanto busca, a partir do componente desempenho, acompanhar e responsabilizar os gestores pelo alcance de melhores resultados em saúde.

Quanto ao modelo de financiamento da Atenção Primária aplicado em outros países, dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) demonstram que o financiamento da Atenção Primária em seus países membros evolui de pagamentos por serviços ou orçamentos globais para métodos de financiamento inovadores vinculados à melhoria de resultados em saúde, à ampliação do acesso ou a melhoria da coordenação do cuidado. A maioria desses países possui um financiamento da Atenção Primária misto que combina duas ou mais metodologias. A capitação ponderada, por exemplo, é uma metodologia utilizada em países como Dinamarca, Reino Unido, México, Portugal e Espanha por exemplo. O método de pagamento por serviço é adotado pela Austrália, Dinamarca, Reino Unido, EUA, Suíça, França, dentre outros. Já o pagamento por desempenho é adotado também pela Austrália, Reino Unido, Portugal, França e Espanha. Cada método cria um conjunto diferente de incentivos, e sua combinação equilibra seus respectivos pontos fortes e fracos para um resultado mais adequado a cada contexto.

Dentre todos países, o Reino Unido se destaca como um grande influenciador do desenho de financiamento da Atenção Primária, por seu longo processo de inovação no modelo de alocação de recursos neste nível de atenção. Na Inglaterra, a alocação de recursos para a Atenção Primária combina capitação ponderada, pagamento por desempenho, pagamentos por serviços adicionais específicos, pagamentos por dispensação de medicamentos, e outros incentivos como fundos administrativos, pagamento por tempo de serviço dos profissionais, etc. Estes diferentes métodos representam respectivamente cerca de 52%, 14%, 10%, 10% e 14% da composição do financiamento da Atenção Primária neste país.

A partir das experiências internacionais ressalta-se ainda que a metodologia de pagamento por desempenho apresenta resultados positivos na Atenção Primária, impactando em aspectos como a melhoria no registro de usuários, a redução nas falhas de tratamento, o controle de doenças crônicas, a melhora nas ações de rastreamento, a melhora na prescrição de medicamentos, a redução nas internações de emergência para condições incentivadas, dentre outros. Além disso, o pagamento por desempenho se apresenta como uma estratégia para alinhamento dos objetivos do sistema sanitário, orientando as ações dos diferentes níveis de gestão e de atenção em direção a metas comuns.

Consideradas as evidências apresentadas, foi formulado modelo misto de financiamento composto pela capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A partir deste novo modelo o cálculo das transferências de recursos financeiros federais para os municípios será a soma dos recursos referentes aos três componentes.

O **componente de Capitação ponderada** considera a população cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP), e atribui critérios de ponderação e equidade de acordo com a vulnerabilidade socioeconômica, com o perfil demográfico por faixa etária, e a classificação geográfica dos municípios de acordo com o IBGE.

O critério de vulnerabilidade socioeconômica contempla a população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC), ou de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos, já o critério de perfil demográfico por faixa etária contempla a população com 5 anos ou menos, ou 65 anos ou mais. Ambos os critérios são marcadores de grupos populacionais com maiores necessidades em saúde e cujo cuidado impacta em maiores gastos em saúde. Para estes critérios foi atribuído um peso de 1,3 por pessoa considerando-se: a probabilidade de uma pessoa em vulnerabilidade econômica ser altamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, não dispor de recursos materiais para resolver qualquer problema de saúde eventualmente não resolvido em tempo oportuno pelo SUS; e a probabilidade de uma pessoa nas faixas de idade prioritárias apresentar maior utilização dos serviços de APS. Isso significa que, para cada pessoa considerada em vulnerabilidade socioeconômica ou dentro dos extremos etários supracitados, o valor da capitação será 30% maior. Caso uma pessoa se enquadre tanto na vulnerabilidade socioeconômica, quanto no critério etário, o acréscimo de 30% é aplicado apenas uma vez.

A ponderação a partir da classificação geográfica do município considera que os custos da provisão de APS nos municípios variam de acordo com sua distância aos centros urbanos. Para este ajuste foi utilizada a classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos de acordo com a metodologia proposta pelo IBGE (2017) para os municípios. Os pesos de 1 (um inteiro) para municípios urbanos, de 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos) para municípios intermediários adjacentes e rurais adjacentes, e de 2 (dois inteiros) para municípios intermediários remotos e rurais remotos se originam da razão entre o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe para as diferentes classificações geográficas. O quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe foi definido pelo Ministério da Saúde considerando a variação do adensamento populacional entre os municípios rurais, intermediários e urbanos.

Considerando que alguns municípios possuem um número menor de habitantes segundo o IBGE, comparado ao quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, para que não haja prejuízo financeiro a estes municípios, no caso de possuírem 1 (uma) eSF credenciada e cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, para o cálculo da capitação ponderada será contabilizado tanto os valores referentes à população cadastrada, quanto valores referentes à diferença entre o número de pessoas efetivamente cadastradas pela equipe e o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eSF e, a esta diferença será aplicado apenas o critério de classificação geográfica.

Os recursos financeiros que atualmente são destinados ao PAB Fixo, incentivo de custeio das eSF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF-AB e Gerentes serão incorporados ao componente Capitação Ponderada. Para fazer jus a este componente, o município precisa ter eSF ou eAP credenciadas pelo Ministério da Saúde e informadas no SCNES e enviar o cadastro das pessoas vinculadas às equipes ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação da APS vigente. O Ministério da Saúde reconhece que a gestão municipal tem autonomia para ampliar a equipe mínima da eSF ou eAP com outros profissionais, expandindo a equipe multiprofissional.

Considerando que novas equipes (eSF ou eAP) credenciadas não possuem pessoas cadastradas para cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada e necessitam de um prazo e apoio financeiro para tal cadastro, foi definido que após o cadastro destas equipes no SCNES, será transferido ao município o valor correspondente ao quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe ajustado pela classificação geográfica. Este valor será revisto no segundo recálculo da capitação ponderada subsequente.

O **componente de Pagamento por desempenho** considera os resultados alcançados pelas equipes (eSF ou eAP) a partir do monitoramento periódico de uma lista de indicadores, e cumprimento de metas. A responsabilidade pelo cálculo dos indicadores é do Ministério da Saúde, e sua definição deve considerar a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade.

Os recursos financeiros que atualmente são destinados ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, e que estavam vinculados à adesão do município ao programa, serão incorporados ao componente Pagamento por Desempenho. Todos os municípios que possuírem eSF ou eAP credenciadas pelo Ministério da Saúde e informadas no SCNES e que atingirem os resultados previstos, farão jus a este componente, sem necessidade de adesão prévia, e possibilitando uma análise universal dos resultados das equipes que ofertam ações de Atenção Primária.

No caso de novas equipes (eSF ou eAP) credenciadas, que necessitam de prazo para organização do processo de trabalho e envio regular da produção, será transferido ao município, mensalmente até o 2º (segundo) recálculo, o incentivo financeiro do pagamento por desempenho considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe, após o cadastro destas equipes no SCNES.

O **componente de Incentivo para Ações Estratégicas** considera as especificidades e prioridades em saúde, assim como aspectos estruturais e de produção assistencial das equipes e unidades de saúde, por meio de adesão da gestão municipal a programas e estratégias, ou o cumprimento de requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. Portanto, este componente busca atender a especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas.

Os recursos financeiros que atualmente são destinados aos programas e estratégias elencados no quadro abaixo serão mantidos no componente Incentivo para ações estratégicas conforme parâmetros das portarias vigentes, ou portarias que venham a ser instituídas, e que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento dos programas e estratégias.

Quadro 1. Programa e Estratégias do componente de Incentivo para Ações Estratégicas.

Programa Saúde na Hora
Equipe de Saúde Bucal (eSB)
Unidade Odontológica Móvel (UOM)
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)
Equipes de Consultório na Rua (eCR)
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)
Microscopista
Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP)
Incentivo Financeiro de Custeio para o Ente Federativo Responsável pela Gestão das Ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade
Programa Saúde na Escola (PSE)
Programa Academia da Saúde
Programa de Apoio à Informatização da Atenção Primária à Saúde
Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional

Observa-se, portanto que, o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) - *Previne Brasil* - busca como preceito primordial ampliar o acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, equidade e integralidade do SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. O foco do *Previne Brasil* é estruturar modelo de financiamento que fomenta o atendimento às necessidades de saúde das pessoas, a partir de composição de financiamento que contemple mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais pelas pessoas, e que contemplem critérios previstos no artigo 35, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para definição de valores a serem transferidos aos Municípios.

ITENS CONSTANTES NO REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES

Quanto ao questionamento a) Os pacientes que buscam tratamento fora de seu domicílio ou que porventura estejam fora dele e necessite de atendimento em Unidades de Saúde poderão fazê-lo mesmo tendo cadastro em seu município de origem?

O componente da capitação do novo modelo de financiamento busca impulsionar a efetivação da responsabilização e vinculação das pessoas às equipes e aos serviços custeados por recursos federais, a partir da consideração do conjunto equipe de saúde da família ou APS implantada e respectiva população cadastrada. A responsabilização e vinculação das pessoas às equipes viabiliza o estabelecimento de vínculo entre equipes e pessoas, potencializando a capacidade de serem produzidos melhores desfechos em saúde, sem que se estabeleça com isso qualquer restrição do acesso de pessoas não vinculadas ou não adscritas. Portanto as pessoas podem ser atendidas em qualquer Unidade de Saúde, estejam elas cadastradas ou não, ou ainda cadastradas em Unidade de Saúde diferente daquela na qual estão procurando atendimento. Conforme já estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde, um dos princípios da Atenção Primária à Saúde é a universalidade:

“1- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1- Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.”

Quanto ao questionamento b) A decisão do Ministério da Saúde pelo novo modelo teve participação e anuência dos conselhos sociais?

Desde que a equipe da Secretaria de Atenção Primária deparou-se com a alarmante constatação de que 50 milhões de pessoas que deveriam estar cadastradas e sendo acompanhadas pelas equipes de saúde da família, não o estavam ainda que o Ministério da Saúde estivesse fazendo o repasse para o custeio das ações, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), iniciou o processo de revisão de todos os mecanismos de financiamento vigentes, e também, da literatura acerca dos modelos de financiamento utilizados em sistemas de saúde universais do mundo.

Passada a etapa de delineamento do problema enfrentado, e consultadas as experiências mais bem sucedidas no mundo quanto à organização da Atenção Primária à Saúde e respectivos modelos de financiamento, foi iniciada a estruturação de uma intervenção sobre o modelo de financiamento vigente capaz de enfrentar os desafios identificados. Como praxe e responsabilidade da gestão federal, no início do segundo semestre a proposta inicialmente estruturada começou a ser debatida com dois dos principais interlocutores do Ministério da Saúde para a implantação de seus respectivos programas e estratégias: CONASS e CONASEMS.

A discussão iniciou-se prioritariamente por essas duas instituições, dada a temática em pauta e a disponibilidade de espaços de discussão e aperfeiçoamento de propostas federais, a exemplo dos grupos técnicos temáticos tripartite. No que se refere ao tema, em se tratando de proposição que repercutiria necessariamente no montante de recurso disponível para a estruturação das ações da APS, aliado ao fato de envolver pra além do debate meritório, aspectos extremamente técnicos envolvidos no manejo orçamentário e financeiro, optou-se por submeter a proposta ainda incipiente a essa audiência em específico.

Com isso, foi iniciada a discussão da proposta em reuniões do Grupo de Trabalho da APS ainda no primeiro semestre de 2019, e apresentada proposta inicial para um grupo maior de gestores na ocasião do XXXV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, no dia 05/07/2019, em mesa de debates para convidados intitulada “Rateio de Financiamento vinculado à Saúde”. Entre os convidados para o debate realizado nessa ocasião estavam representantes da Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Instituto de Economia Aplicada, Universidade de Brasília, Banco Mundial e gestores municipais.

Nos meses seguintes, após várias reuniões entre técnicos do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, bem como membros do Grupo de Trabalho da APS, a proposta foi apresentada na reunião do Conselho Nacional de Representantes Estaduais (CONARES) realizada em setembro de 2019. Nesse ínterim aconteceram ainda debates nas instâncias de representações estaduais, a exemplo das Assembleias e Câmaras Técnicas do CONASS.

Posteriormente, a partir do mês de outubro de 2019, foram realizadas discussões sobre a nova proposta de forma descentralizada, através de visitas e discussões realizadas por equipes compostas por autoridades e técnicos do Ministério da Saúde, do CONASEMS e dos COSEMS: a proposta foi discutida localmente em 25 estados da Federação (AC - AL - AM - AP - BA - CE - ES - GO - MA - MG - MS - MT - PA - PB - PE - PI - RJ - RN - RO - RR - RS - SC - SE - SP - TO). Os encontros realizados para a discussão da nova proposta de financiamento contaram com a participação de pelo menos 10.000 pessoas, entre as quais representantes da academia, gestores e técnicos dos municípios e estados, e ainda, com convidados externos de Tribunais de Contas e Ministério Público.

Em relação à sistemática agenda de discussões realizadas com os gestores municipais e estaduais, privilegiou-se a realização de discussões aprofundadas sobre toda a proposta, envolvendo o compartilhamento de simulações e sucessivas incorporações oriundas dos próprios gestores para aperfeiçoar mecanismos de compartilhamento das simulações-vidé painel construído pelo próprio CONASEMS para disponibilização das simulações; regulamentação de condições da transição, entre outros aspectos.

Ressalva-se que a agenda de construção compartilhada com gestores estaduais e municipais requereu amplos esforços do Ministério da Saúde, e adiou em certa medida a apresentação de proposta com maior grau de maturação ao Conselho Nacional de Saúde, não prescindindo de modo nenhum de iniciativas desse Ministério da Saúde para promover momento oportuno de apreciação da proposta pelo Conselho Nacional de Saúde.

Entre as iniciativas voltadas à apresentação da proposta pode ser citada ocasião na qual a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, durante a 321ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, submete à apreciação pelo CNS um conjunto de agendas estruturantes da APS, entre as quais a proposta do novo financiamento desenvolvida. Em outra ocasião foi remetido ao CNS Ofício com a minuta da Portaria que instituiu o novo modelo de financiamento.

A pactuação do novo modelo de financiamento ocorreu na ocasião da 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 31 de outubro de 2019, conforme consta no Resumo Executivo anexado a esse processo. O Resumo Executivo da referida reunião tripartite apresenta a pactuação requerida nesse RIC.

Quanto ao questionamento c) O envio de recursos pelo Ministério da saúde para os municípios com base nos pacientes cadastrados não fere a universalização do atendimento proposta pelo SUS e garantido na Constituição Federal?

Cabe esclarecer aspectos atinentes à ação de cadastramento que remontam ao início da estruturação do Piso da Atenção Básica (modelo anteriormente vigente), além de ratificar as razões pelas quais o novo modelo aprimora os mecanismos de transferência federal ao considerar tal cadastramento, e reforça compromissos com a universalidade e equidade, bem como observa a Lei Orgânica da Saúde-Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012.

Vale destacar que o procedimento de cadastramento não corresponde à ação inédita a ser desenvolvida pelas equipes de saúde da família e pela Atenção Primária à Saúde como um todo. O Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, publicado pela Portaria Nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 apresenta entre as ações a serem estruturadas na APS, a realização do cadastro das pessoas. A referida normativa não só apresenta essa responsabilidade, como propõe o conjunto de ações a serem desenvolvidas a partir do repasse federal de recursos do Piso da Atenção Básica, conforme apontados em seus artigos 1º, 2º e 3º abaixo transcritos:

“Art. 1º Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria.

Art. 2º Os recursos do Piso da Atenção Básica - PAB repassados do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde deverão estar identificados nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais provenientes da esfera federal, vinculada diretamente ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no artigo anterior poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas constantes dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais, aprovadas na Lei de Orçamento dos Municípios ou em Créditos Adicionais específicos, observada a legislação pertinente.”

Naquela ocasião, a menção ao cadastro estava vinculada à responsabilidade da gestão da APS por adscrever as pessoas sob sua responsabilidade a partir do cadastro (abaixo transcrito trecho da normativa que menciona o cadastro).

2. Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde.	“Coordenar as unidades básicas próprias e cedidas pelo Estado e pela União.	
	“Estabelecer mecanismos de gestão das unidades estatais, conveniadas e contratadas, que se encontram sob responsabilidade municipal	
	“Gerenciar as unidades próprias e cedidas, no que diz respeito ao planejamento, execução, controle e avaliação, provendo as mesmas de recursos humanos e materiais.	S
	“Adscrever a clientela às unidades básicas, mediante o cadastramento da população.	M
	“Implantar o Cartão SUS em parceria com as outras esferas de governo.	Unid
	“Alimentar mensalmente os seguintes Sistemas Nacionais de Informações: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade, SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistema de Informações Hospitalares.	S
	“Alimentar mensalmente o Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB em municípios que estejam integrados à estratégia de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde.	S
	“Alimentar mensalmente o SIA/SUS, quanto aos procedimentos cobertos pelo PAB.	S
	“Manter atualizado o Cadastro Ambulatorial da rede sob gestão municipal - Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA.	C
	“Manter cadastro de estabelecimentos passíveis de ações de fiscalização de vigilância sanitária.	Ii
	“Operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde.	Mun

A adscrição e responsabilização das equipes pelas pessoas consiste na possibilidade das equipes identificarem suas condições de saúde, de moradia, equipamentos sociais disponíveis, entre outros aspectos que influenciam a identificação de fatores de risco sobre a saúde das pessoas, e também, potencializam a capacidade das equipes de saúde melhorarem os cuidados ofertados, sem contudo estabelecer qualquer restrição do acesso de pessoas não vinculadas ou não adscritas.

Certos da potencialidade que a vinculação das pessoas traz para a melhoria da saúde das pessoas e materialização do direito ao acesso aos serviços, o componente da capitação ponderada do novo modelo de financiamento potencializa o registro realizado a partir do cadastro vinculando-o às transferências federais, e induz a mobilização dos gestores municipais e equipes para a busca das pessoas sob sua responsabilidade.

Com isso, a efetivação de repasses de custeio proporcional às pessoas cadastradas e vinculadas às equipes, prevista no âmbito da capitação, busca, antes de mais nada, induzir o reequilíbrio entre a oferta e às necessidades de saúde a partir do repasse de recursos financeiros. A APS, tendo por princípio a responsabilização pelo cuidado das pessoas, deve representar avanços não somente na capacidade instalada e oferta disponível, mas também, no atendimento às demandas e necessidades de saúde. Diante de tal princípio, deve, portanto, consistir não somente na disponibilidade de equipes de saúde da família e APS implantadas, mas também, na identificação da população pela qual essas equipes são responsáveis.

Considerando tais pressupostos, o componente da capitação, ao passo em que reconhece o total de equipes de saúde da família já implantadas, vincula e condiciona o repasse de recursos também, à efetivação da responsabilização e dimensionamento das necessidades de saúde através dos cadastros. A medida suscita que daqui em diante, a cada nova equipe de saúde da família ou atenção primária credenciada e financiada pela União, necessariamente, entre 2.000 e 4.000 pessoas, a depender do Município envolvido, passarão a ser cadastradas e vinculadas a tais equipes, acessando as ações e serviços da APS regularmente e não somente episodicamente. Para esse mesmo conjunto de pessoas pelas quais o Ministério da Saúde cobrará a responsabilização pelo acompanhamento longitudinal da saúde, serão verificadas as reais condições de efetivação do cuidado a partir do acompanhamento de resultados mensurados pelo componente desempenho.

Tal vinculação possibilitará melhores condições de utilização da parcela federal destinada ao custeio das ações e serviços da atenção primária. Essa medida não exime a responsabilidade dos gestores municipais, enquanto co-partícipes permanecerem ofertando as condições para o acesso de toda a população aos serviços e ações de APS, conforme abordado na Política Nacional de Atenção Básica disposta na Portaria de Consolidação nº 3 de 20 de maio de 2017.

de 2017. Desse modo, reforça-se o compromisso da proposta com a garantia constitucional de oferta do acesso universal, equânime e integral dos cidadãos, a partir da indução do fortalecimento da responsabilidade dos gestores e equipes já implantadas e com aquelas a serem expandidas com as pessoas a serem atendidas, sem estar atrelado, nem tácita e nem tampouco, explicitamente, a violação da universalidade do acesso.

Quanto ao questionamento d) O Ministério da saúde tem estudos sobre o impacto da aplicação dessa medida no Estado do Acre? Quais municípios ganham e quais saíram perdendo recursos a partir da Portaria 2.979/2019?

Cabe esclarecer que as durante a elaboração da proposta e agendas de discussões com gestores municipais e estaduais foram compartilhadas simulações que analisaram o impacto da aplicação do novo modelo de financiamento da APS em todos os municípios brasileiros em relação às transferências realizadas no ano de 2019. A última simulação realizada antes da publicação da Portaria 2.979/2019 foi disponibilizada em um painel construído pelo CONASEMS acessível em <https://www.portalgestaoconasems.net/ab>. De acordo com essa simulação dentre os 22 municípios do Acre, 21 municípios apresentaram predição de acréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS e apenas 1 município apresentou predição de decréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS desta Portaria, conforme tabela abaixo.

Tabela 1. Resultado da última simulação realizada antes da publicação da Portaria 2.979/2019, disponibilizada em painel construído pelo CONASEMS acessível em <https://www.portalgestaoconasems.net/ab>.

UF	Código IBGE	Nome do Município	Resultado da Simulação	% aumento ou diminuição dos recursos
AC	120001	ACRELÂNDIA	aumento	21,59
AC	120005	ASSIS BRASIL	aumento	35,62
AC	120010	BRASILÉIA	aumento	26,08
AC	120013	BUJARI	aumento	17,32
AC	120017	CAPIXABA	aumento	22,76
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	diminuição	-0,51
AC	120025	EPITACIOLÂNDIA	aumento	17,48
AC	120030	FEIJÓ	aumento	28,07
AC	120032	JORDÃO	aumento	25,72
AC	120033	MÂNCIO LIMA	aumento	34,05
AC	120034	MANOEL URBANO	aumento	49,46
AC	120035	MARECHAL THAUMATURGO	aumento	21,36
AC	120038	PLÁCIDO DE CASTRO	aumento	7,36
AC	120039	PORTO WALTER	aumento	36,73
AC	120040	RIO BRANCO	aumento	23,19
AC	120042	RODRIGUES ALVES	aumento	19,94
AC	120043	SANTA ROSA DO PURUS	aumento	27,81
AC	120045	SENADOR GUIOMARD	aumento	14,91
AC	120050	SENA MADUREIRA	aumento	22,06
AC	120060	TARAUACÁ	aumento	28,76
AC	120070	XAPURI	aumento	35,70
AC	120080	PORTO ACRE	aumento	3,86

Cumpra-se destacar que a transição proposta no Previn Brasil assegurará aos Municípios cujas predições do presente momento indicam prejuízos financeiros futuros, um prazo para a apuração das causas de tal efeito, identificação de esforços a serem investidos pelos Municípios e soluções mitigadoras para a garantia da adequada transferência de recursos financeiros, observando-se cada caso em específico, e a necessidade de garantir equidade na alocação dos recursos para o conjunto dos Municípios. Como medida concreta para o caso desses municípios haverá a manutenção do recurso de 2019 no ano de 2020 para que os mesmos não sejam prejudicados financeiramente, e possam envidar, em conjunto com a União, esforços para adequação ao novo modelo e recuperação de eventuais prejuízos materiais, pois haverá repasse mensal a esses municípios de igual valor à melhor competência financeira de 2019.

A lista final dos municípios que apresentam predição de decréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do novo modelo de financiamento de custeio da APS ainda serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

3. CONCLUSÃO

Ante ao exposto, encaminhe-se ao GAB/SAPS/MS, para adoção das medidas pertinentes.



Documento assinado eletronicamente por Larissa Gabrielle Ramos, Analista Técnico de Políticas Sociais, em 16/01/2020, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por Lucas Wollmann, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família, Substituto(a), em 16/01/2020, às 18:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0013144459 e o código CRC 9A52FF60.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Gabinete

DESPACHO

SAPS/GAB/SAPS/MS

Brasília, 17 de janeiro de 2020.

Interessado: Câmara dos Deputados - Deputado Federal Jesus Sérgio

Referência: Requerimento de Informação nº 1653/2019.

Assunto: Informações acerca das novas regras determinadas pela Portaria nº 2.979, de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde.

Restituam-se os autos à **Assessoria Parlamentar – ASPAR**, com manifestação do Departamento de Saúde da Família, por meio da Nota Técnica 2 (0013144459), acerca do assunto em epígrafe.

Atenciosamente,

ROSANGELA MACIEL

Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS



Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Maciel, Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção Primária à Saúde**, em 17/01/2020, às 13:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013155116** e o código CRC **D9F251DA**.