



PPGCCA
Programa de
Pós-graduação
em Gestão em
Ciências da Saúde
e Administração

ISSN: 1983-6635



RGO
Revista Gestão
Organizacional



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



GESTÃO POR DESEMPENHO NO SUS: UMA ANÁLISE DO PREVINE BRASIL NAS MACRORREGIÕES DE SANTA CATARINA

PERFORMANCE MANAGEMENT IN THE SUS: AN ANALYSIS OF PREVINE BRASIL IN THE MACROREGIONS OF SANTA CATARINA

DARLAN CHRISTIANO KROTH

Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS)
Doutor em Desenvolvimento Econômico
<https://orcid.org/0000-0003-2664-857X>
dckroth@uffs.edu.br

LARISSA HERMES THOMAS TOMBINI

Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS)
Doutora em Saúde Coletiva
<https://orcid.org/0000-0002-6699-4955>
larissa.tombini@uffs.edu.br

DANIELA SAVI GEREMIA

Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS)
Doutora em Saúde Coletiva
<https://orcid.org/0000-0003-2259-7429>
daniela.geremia@uffs.edu.br

VALERIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA

Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS)
Doutora em Enfermagem
<https://orcid.org/0000-0001-7990-3613>
valeria.madureira@uffs.edu.br

Editor responsável: Sady Mazzioni

Submissão: 06/10/2025. Revisão: 08/01/2026. Aceite: 07/02/2026. Publicação: 28/02/2026.

Como citar: Kroth, D. C., Tombini, L., Geremia, D., & Madureira, V. (2025). Gestão por desempenho no SUS: uma análise do Previne Brasil nas macrorregiões de Santa Catarina. *RGO - Revista Gestão Organizacional*, 18(3), 48-69. <http://dx.doi.org/10.22277/rgo.v18i3.8673>.

RESUMO

Objetivo: Analisar o desempenho do Programa Previne Brasil (PPB) em indicadores de processos, de financiamento e de recursos.

Método/abordagem: Foi realizada uma análise de políticas públicas, direcionada para o estágio da avaliação, a partir de análise de estatística descritiva. Foram utilizados dados secundários de diferentes bases de dados do Sistema de Informações da Saúde do Ministério da Saúde. A unidade de análise compreendeu as nove macrorregionais de saúde de Santa Catarina no intervalo de 2019 a 2023.

Principais Resultados: O Programa foi eficaz em vincular a população às equipes de saúde. Observou-se melhoria em todos os sete indicadores de desempenho do PPB em todas as macrorregionais, embora nem todos tenham alcançado as metas propostas em relação aos indicadores de financiamento, houve perdas para Santa Catarina em termos *per capita*, compensadas com recursos próprios municipais. A estrutura de oferta de saúde contemplou melhoria no período de análise. Essa melhoria nos recursos, ainda que tenha sido afetada diretamente por outros programas, pode ter sido influenciada de forma complementar pelo PPB.

Contribuições teóricas/práticas/sociais: Novas evidências sobre os efeitos do Previne Brasil sobre seus objetivos, considerando as mudanças significativas que introduziu no modelo de financiamento da saúde para os municípios brasileiros.

Originalidade/relevância: Como fatores inéditos, esta pesquisa avalia o Programa Previne Brasil especificamente por macrorregião de saúde, considerando todo o período de vigência do programa. Como avanço agregado, os indicadores de processos disponibilizados pelo programa são comparados aos de financiamento e de recursos, permitindo uma análise de associação entre esses fatores na prática.

Palavras-chave: Avaliação de políticas públicas. Atenção Primária à Saúde. Gestão da saúde.

ABSTRACT

Purpose: Analyze the performance of the Previne Brasil Program in terms of process/performance, financing and resources/structure indicators.

Method/approach: A public policy analysis was conducted for the evaluation stage, using descriptive statistics. Secondary data from various databases of the Ministry of Health's Health Information System were used. The unit of analysis comprised the nine macro-regional health departments of Santa Catarina from 2019 to 2023.

Main findings: The Program was effective in connecting the population with health teams. Improvements were observed in all seven PPB performance indicators across all macro-regions, although not all achieved the proposed targets. Regarding funding, Santa Catarina experienced losses in per capita terms, offset by municipal resources. The healthcare delivery structure saw improvements during the analysis period. This improvement in resources, although directly affected by other programs, may have been influenced in a complementary way by the PPB.

Theoretical, practical/social contributions: New evidence on the effects of Previne Brasil on its objectives, considering the significant changes it introduced to the health financing model for Brazilian municipalities.

Originality/relevance: As a novel factor, this research evaluates the Previne Brasil Program specifically by health macro-region, considering the entire period of the program's implementation. As an added advancement, the process indicators provided by the program are compared to those of financing and resources, allowing for an analysis of the association between these factors in practice.

Keywords: Public policy evaluation. Primary health care. Health management.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Previne Brasil (PPB) instituiu um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.979/2019 (Brasil, 2019). O regime, proposto à época, alterou os critérios das transferências federais para os municípios, ao exigir o cumprimento de requisitos mais rígidos para acessar os recursos. O PPB ancorou-se em três componentes: capitação ponderada, metas de desempenho e ações estratégicas (Brasil, 2021).

Considerada a principal inovação do programa, a capitação ponderada estabeleceu a necessidade de cadastramento da população adscrita nas equipes de saúde vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além do cadastramento, houve ponderação dessa população por critérios demográficos e vulnerabilidade socioeconômica, bem como classificação geográfica do município em termos de estrutura socioeconômica. Este componente alterou as regras da transferência por critério populacional (PAB-Fixo), que vigorava desde 1996.

O segundo componente referiu-se ao pagamento por desempenho, definindo metas para indicadores previamente pactuados entre Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais (CONASEMS). Foram escolhidos, inicialmente, sete indicadores de processos, sendo três de pré-natal, um de saúde da mulher, um de saúde da criança e dois relacionados ao monitoramento de doenças crônicas.

O terceiro componente incentivou ações estratégicas, que se referiram à adesão dos municípios a políticas do MS, elencando dezesseis programas prioritários com ênfase em três novos no início do PPB (saúde na hora, apoio à informatização da APS e incentivo a residências médica e profissional). Os componentes dois e três substituíram os critérios relacionados ao anterior PAB-Variável. Os principais mecanismos de gestão a serem implementados foram: i) rastreabilidade/acompanhamento da população através da digitalização/informatização das unidades e equipes de saúde; ii) gestão por resultados no SUS, com definição de objetivos e metas; iii) reforço da cultura de avaliação, monitoramento e transparência e iv) estímulo às ações intersetoriais para obtenção de ganhos de escala (Brasil, 2021; Harzheim, 2020).

Assim, o formato de financiamento proposto avançou na implementação de modelos de pagamento por desempenho no SUS, em compasso com a experiência internacional e na gestão por resultados, inaugurado no SUS pelo Pacto da Saúde, Portaria MS nº 399/2006 (Brasil, 2006), e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a Portaria MS nº 1.654/2015 (Brasil, 2015). Tais mecanismos vincularam, compulsoriamente, todos os municípios brasileiros ao PPB, definiram critérios mais específicos e claros para distribuição dos recursos e criaram incentivos, via financiamento, para estimular o engajamento dos municípios no planejamento e aprimoramento da gestão de seus sistemas de saúde (Saddi, Peckham & Mundim, 2018; Kroth & Guimarães, 2019; Castro, Oliveira, Andrade, Cerchiglia, & Santos, 2020; OCDE, 2021).

O PPB suscitou controvérsias por alterar um padrão de financiamento já consolidado,

focado no PAB-fixe e, responsável pela efetivação da descentralização no SUS. As principais delas relacionadas à possibilidade de restrição e precarização da oferta de serviços de saúde, comprometendo o princípio da universalidade do SUS e, principalmente, ao potencial de perda de recursos para os municípios, ampliando as desigualdades regionais (De Seta, Ocké-Reis & Ramos, 2021; Massuda, 2020).

Em relação ao financiamento, a participação dos gastos municipais em ações e serviços públicos de saúde aumentou nas últimas décadas, passando de 25% em 2001 para 29% em 2021, enquanto houve queda na participação federal, que passou de 53% para 46% no mesmo período (Conasems, 2022). Considerando a tendência de consolidação da maior participação dos municípios no financiamento à saúde, há preocupação constante em garantir investimentos adequados à APS (Rocha, Furtado & Spinola, 2019; Cruz, Barros & Souza, 2022). Sem um financiamento mínimo, restrições nos ganhos de eficiência no sistema de saúde podem ser gerados, com consequências para a saúde da população (Rocha, Furtado, & Spinola, 2019).

Neste cenário, o PPB passou a ser operacionalizado no ano de 2020, contando com regras de transição para facilitar a adaptação dos entes. Porém, logo no início, o programa teve várias de suas regras adaptadas e algumas não plenamente implementadas, em virtude da emergência da pandemia do Covid-19. Algumas destas regras de transição perduraram até o segundo semestre de 2022 e, em 2023, nem todas as medidas previstas estavam integralmente implementadas. Recentemente, o modelo original inaugurado pelo PPB, foi substituído pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024 (Brasil, 2024), que instituiu nova metodologia de cofinanciamento federal do piso da APS. Porém, os princípios do PPB parecem orientar a nova proposta.

Em virtude de sua breve trajetória, ainda há poucos trabalhos de avaliação dos efeitos do PPB. As primeiras observações demonstraram que não houve variação significativa no total de recursos recebidos pelos municípios com o novo modelo de financiamento (Rosa et al., 2023). No entanto, houve pequena redistribuição, com alguns municípios ganhando e outros perdendo na transição do PAB para o Previne. Estudo observou que os municípios responderam aos incentivos da capitação ponderada, ampliando a razão entre cadastros realizados e cadastros potenciais de 75% no início do programa para 93% em julho de 2022 (Sellera et al., 2023). Por fim, em 2023 a maioria dos municípios se encontrava abaixo da meta para a maior parte dos indicadores, embora com trajetória de melhora para alguns deles (Rosa et al., 2023; Soares, Noronha, Andrade & Camargos, 2025).

Nesse cenário de mudanças no modelo de financiamento da APS e de incentivo à gestão por resultados na oferta municipal de serviços de saúde, diante das diferentes heterogeneidades socioeconômicas, demográficas e regionais dos municípios brasileiros, surge a questão de pesquisa: quais foram os efeitos da mudança no financiamento da APS promovidos pelo PPB sobre diferentes indicadores de gestão da saúde?

Mais especificamente, este estudo se propôs a analisar as principais alterações promovidas pelo PPB em indicadores de processos, de financiamento e de recursos, tendo como unidade de análise, as nove macrorregiões de Saúde do estado de Santa Catarina. Buscou-se analisar o comportamento dos indicadores propostos pelo PPB e seus efeitos sobre o financiamento e estrutura municipal de saúde.

O trabalho visa contribuir com novas evidências sobre os efeitos do Programa sobre seus objetivos, considerando as mudanças significativas que o mesmo introduziu no modelo de financiamento da saúde para os municípios brasileiros. Tendo em vista que a regionalização é uma das diretrizes de gestão do SUS, a análise realizada por macrorregião constitui principal

inovação deste estudo. Uma segunda inovação refere-se à comparação dos indicadores de processos disponibilizados pelo PPB, com indicadores de financiamento e de recursos, permitindo a realização de análise de associação entre esses índices.

Para alcançar seu intento, o artigo divide-se em quatro seções além dessa introdução. A próxima seção aborda a literatura de avaliação de políticas públicas, destacando o papel estratégico do monitoramento de indicadores ao longo do estágio da implementação. A terceira seção apresenta a metodologia e a quarta seção se debruça sobre a apresentação e análise dos resultados. Por fim, tecem-se algumas considerações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

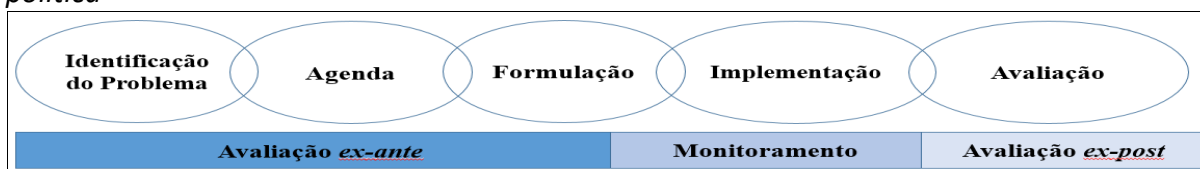
2.1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A avaliação de programas e políticas públicas tornou-se imperiosa nas últimas décadas, tendo como objetivo avaliar o desempenho de intervenções e gerar suporte para seu aprimoramento e tomada de decisão sobre o futuro destas intervenções. A avaliação de políticas se constitui como a base para a inovação, aprendizado e prestação de contas de políticas públicas, possibilitando a geração de evidências robustas e confiáveis sobre seu desempenho e, principalmente, um mecanismo para conferir se a política está entregando ou se está alcançando os resultados desejados (Gertler, Martinez, Premand, Rawlings & Vermeersch, 2016; Secchi, 2019).

A avaliação de políticas está inserida tradicionalmente como um dos últimos estágios no ciclo de políticas públicas (Figura 1). No entanto, há compreensão de que a avaliação deve ser realizada em todas as fases do ciclo, garantindo um processo de retroalimentação de informações e conhecimento, permitindo um aperfeiçoamento contínuo (Januzzi, 2016; Lima & Portela, 2025).

Figura 1

Ciclo de políticas públicas articulado com os diferentes tipos de avaliação conforme estágio da política



Fonte: Elaborado com base em Lassance (2025), Lima e Portela (2025).

Um elemento essencial para efetivar a avaliação de políticas é o monitoramento, que se refere ao exame contínuo dos processos, produtos, resultados e impactos das ações realizadas (Januzzi, 2016). Trata-se de informação mais simples e imediata sobre a operação e os efeitos da política. O monitoramento é responsável por coletar e organizar sistematicamente as informações quantitativas e qualitativas sobre o comportamento das ações e dos programas de uma política. Segundo Lassance (2025), há uma relação umbilical entre monitoramento e avaliação e a importância de que ambos sejam vistos não apenas como atividades, mas como um sistema integrado. O monitoramento antecede a avaliação e fornece a matéria-prima para o trabalho avaliativo.

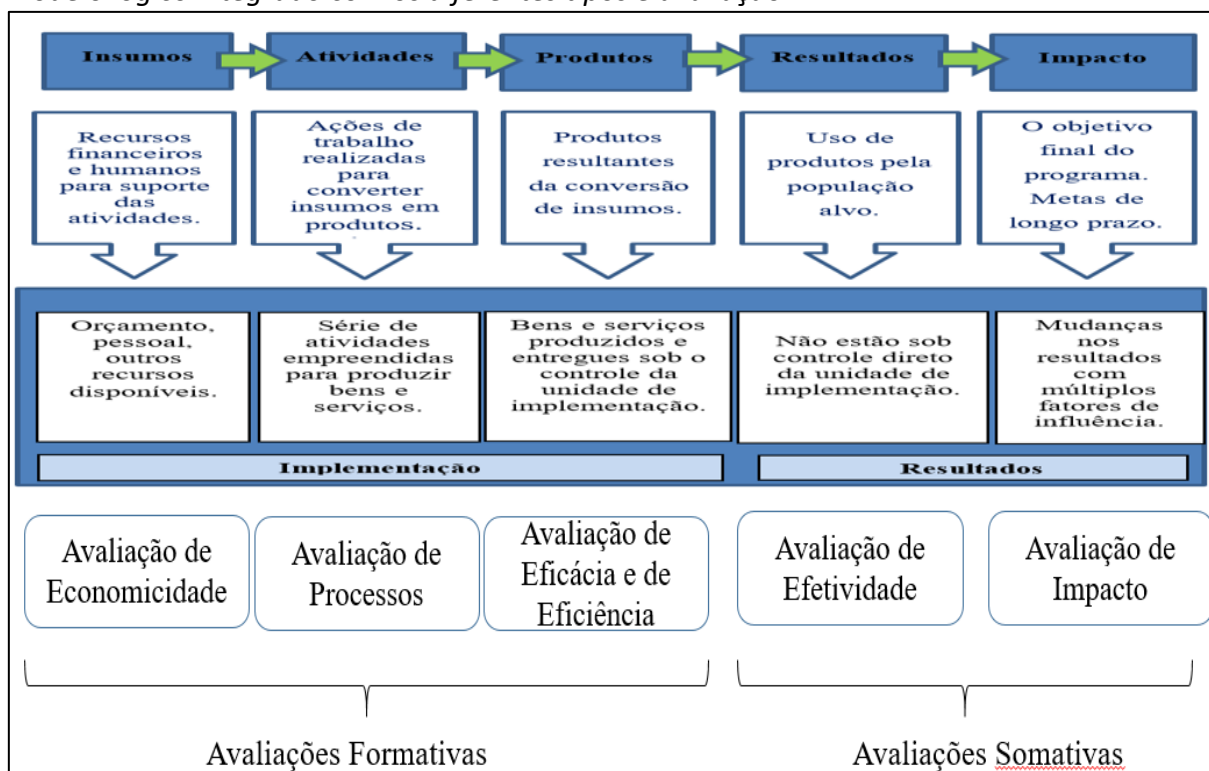
Para desenvolver a avaliação de políticas públicas são necessários três elementos primordiais: i) a construção de um esboço da Teoria da Mudança (TM); ii) a definição dos indicadores; e, iii) a criação e manutenção de um sistema de monitoramento e avaliação. A

Teoria da Mudança fornece um arcabouço para a descrição dos canais pelos quais as políticas e programas podem influenciar os resultados finais pretendidos. O mapeamento dos canais de impacto ajuda a sistematizar desde o desenho, passando pela implementação, e a posterior avaliação da política pública, assegurando que se tenha indicadores para cada passo do processo de avaliação. Com relação à especificação dos indicadores, compreende-se como necessária não somente para assegurar que a avaliação tenha foco, mas também para apontar que o programa tenha objetivos bem definidos (Gertler, Martinez, Premand, Rawlings & Vermeersch, 2016).

Para a construção da TM, Lassance (2025) e Lima e Portela (2025), sugerem a elaboração de um modelo lógico (ou cadeia de resultados). O modelo lógico, é uma ferramenta que descreve o caminho pelo qual os impactos são alcançados, ou a lógica causal do início para o fim da política, iniciando com os recursos disponíveis e chegando-se até as metas de longo prazo, conforme pode ser visualizado na Figura 2.

Figura 2

Modelo lógico integrado com os diferentes tipos e avaliação



Fonte: Elaborado com base em Lassance (2025).

O modelo lógico, portanto, mapeará os seguintes elementos, conforme dispostos na Figura 2: i) insumos: recursos disponíveis para o projeto, incluindo pessoal e orçamento; ii) atividades: referem-se às ações necessárias para converter insumos em produtos; iii) produto: bens e serviços tangíveis que as atividades do projeto produzem, os quais estão sob controle direto da unidade de implementação do programa; iv) resultados: resultados prováveis para serem alcançados uma vez que a população beneficiária usa os produtos do projeto. Esses resultados são frequentemente alcançados no curto e médio prazo e não estão sob controle direto da unidade; e v) impactos ou resultados finais: indicam se o projeto alcançou suas metas, e são por natureza de longo prazo e influenciados por múltiplos fatores.

Observando-se a Figura 2 é possível também visualizar que, na etapa de implementação, em que ocorre o monitoramento, é recomendado realizar a avaliação *ex-post* de percurso, responsável por trazer as primeiras informações sobre o andamento da política, e alinhados com os elementos insumos, atividades e produtos do modelo lógico. Neste estágio, podem ser realizadas diferentes tipos de avaliação: i) avaliação de economicidade, voltada para aferição dos custos de aquisição dos insumos; ii) avaliação de processos, centrada na verificação se as ações estão sendo implementados conforme as regras e o desenho da política; iii) avaliação de eficiência, direcionada para mensurar se os processos empregados aproveitam e otimizam ao máximo o uso de insumos na geração de cada produto; e, iv) avaliação de eficácia, que constata se os produtos foram gerados e entregues a contento.

As avaliações realizadas no estágio da implementação são conhecidas como avaliações formativas, que servem para detectar falhas que ocorrem de imediato ou ao longo da implementação, de modo a corrigi-las o quanto antes, evitando o desperdício de recursos (insumos) e esforços (processos). As avaliações formativas também contribuem para gerar conhecimento aos gestores na tomada de decisão em termos de aperfeiçoamento e correção de rumos da política (Lima & Portela, 2025).

Corroborando a importância do monitoramento, Lima e Portela (2025) afirmam que ao longo da execução de uma política pública, o monitoramento permite verificar se os insumos estão sendo mobilizados conforme o previsto, as atividades estão sendo realizadas no prazo desejado, os produtos estão sendo entregues com regularidade e qualidade e, por fim, os resultados preliminares são os esperados. Mais do que coletar dados, monitorar é usar informação em tempo real para orientar decisões com maior agilidade, eficiência e legitimidade.

Januzzi (2016) pondera que, para o monitoramento ser feito e viabilizar as avaliações, é necessário a estruturação de sistemas de monitoramento e avaliação (SMA). Um SMA é “o conjunto de atividades articuladas, sistemáticas e tecnicamente orientadas – de registro, produção, organização, acompanhamento e análise crítica de informações resultantes da gestão de políticas públicas”, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão nas diferentes etapas do ciclo de políticas públicas (Januzzi, 2016, p. 132).

O Programa Previne Brasil, ao propor como critérios de transferência de recursos aos entes municipais, o cadastramento da população e a definição de indicadores de processos e respectivas metas, avança no modelo de gestão por desempenho no SUS. De forma complementar, ao exigir a coleta e registro dessas informações e disponibilizar publicamente e periodicamente os dados municipais do Programa, o PPB alinha-se às diretrizes de avaliação de políticas públicas mencionadas anteriormente, contribuindo para aprimorar a avaliação da política de saúde no país (Rocha, Furtado & Spinola, 2019).

Nestes termos, embora o PPB não seja uma política pública propriamente dita, mas um modelo de financiamento da política de Atenção Primária à Saúde em âmbito do SUS, o programa possui a capacidade de induzir e fomentar a cultura do monitoramento e da avaliação, contribuindo para melhoria do planejamento e da gestão pública municipal em saúde (Harzheim, 2020). Por sua vez, a introdução do Pagamento por Desempenho reforça o a utilização de mecanismos mais efetivos de monitoramento e avaliação das ações e serviços da APS, por meio da vinculação de transferências financeiras aos resultados alcançados dos indicadores de saúde (Brasil, 2020).

Destaca-se que esquemas de gestão por resultados, já haviam sido implementados no SUS no ano de 2006, através do Pacto de Gestão, no âmbito do Pacto da Saúde (Portaria MS nº 399, 2006), em que os municípios aderiam voluntariamente à pactuação federativa de

metas, a partir da assinatura de um termo de compromisso de gestão. Esse programa vigorou entre 2006 e 2012, tendo recebido a adesão de 4.587 municípios (80% do total). O estudo de Kroth e Guimarães (2019) demonstrou que o tempo de adesão ao Pacto de Gestão apresentou impacto positivo sobre um indicador de eficácia de políticas de APS nos municípios participantes, em que para cada ano adicional de permanência no Programa, melhorava o respectivo indicador. Conforme conclusão dos autores, esse modelo de gestão por desempenho, contribuiu para melhorar a governança de política de saúde municipal brasileira, pois fomentou um melhor planejamento das ações e engajou equipes para atender objetivos pactuados.

O PPB difere em relação ao Pacto de Gestão, na medida que vincula todos os municípios automaticamente e disponibiliza um painel de indicadores acessível para acompanhamento. Segundo Oliveira (2024), a proposta de ter um indicador de gestão e desempenho no SUS não é nova, mas é algo essencial para o monitoramento e melhoria da política de saúde. Ademais, a falta de um indicador dessa natureza, que já existe em outras políticas setoriais, como na assistência social, com o Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social (IDG-SUAS), e na educação, com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), pode ser considerada um dos desafios para a governança do SUS. Desse modo, a análise da implementação do PPB à luz do monitoramento constitui um instrumento de aprimoramento da gestão da saúde pública no âmbito municipal.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa se insere no campo de estudos de análise de políticas públicas, mais especificamente voltada para o estágio da avaliação (Secchi, 2019). Utilizou-se uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva, com análise estatística de dados (Fávero & Belfiore, 2021). As variáveis utilizadas na análise foram coletadas em diferentes bases do Sistema de Informações da Saúde do Ministério da Saúde (SIS-MS), Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES-SC) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de 2019 a 2023. Os dados foram coletados em nível municipal e depois agregados por macrorregião de saúde. Os 295 municípios catarinenses foram agregados nas nove macrorregiões de saúde do Estado, possibilitando uma visão global do desempenho do programa.

A análise dos dados foi realizada mediante estudo descritivo e de correlação estatística de *Pearson* em nível temporal, contemplando três conjuntos de indicadores que refletem diferentes dimensões que o PPB pode ter influenciado: i) indicadores de processo e de desempenho previstos pelo programa; ii) indicadores de financiamento; e, iii) indicadores de recursos e de estrutura, conforme descritos no Tabela 1. Os indicadores de processo foram coletados junto ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do SIS-MS, que acompanha os sete indicadores previstos no PPB com periodicidade quadrimestral. Além desses indicadores analisou-se a população cadastrada por município brasileiro (Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS).

Selecionou-se quatro indicadores de financiamento, obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do SIS-MS. Estes indicadores representam melhor o volume de recursos direcionados à área da saúde nos municípios, o esforço realizado por eles e o volume de transferências exclusivas do Governo Federal para a saúde.

Os dados de financiamento foram deflacionados pelo IPCA/IBGE. Os indicadores de

recursos e de estrutura, referem-se aos insumos básicos para oferta de serviços de saúde. Tais informações foram extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do SIS-MS. Em relação às equipes, foram consideradas as estatísticas a partir de agosto de 2020, em virtude de mudança de sua definição, ocasionando mudança quantitativa. Outra observação se refere ao quantitativo de médicos, no que foram consideradas apenas as especialidades mais próximas à APS (médico da família, pediatra, ginecologista, clínico geral, sanitarista).

Tabela 1

Base e fonte de dados utilizados

Indicadores de processo ou desempenho do PPB*	Indicadores de financiamento**	Indicadores de recursos e de estrutura***
1) Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	1) Total de recursos aplicados em saúde no município por habitante	1) Número de Equipes de Saúde da Família (EqSF)
2) Proporção de gestantes com exames para sífilis e HIV realizados	2) Percentual de recursos próprios do município aplicados em saúde (Lei nº 141/2012)	2) Número de médicos por 1.000 habitantes
3) Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	3) Total de transferências do SUS para os municípios	3) Número de enfermeiros por 1.000 habitantes
4) Cobertura de exame citopatológico	4) Total de transferências do SUS para os municípios por habitante	4) Número de técnicos de enfermagem por 1.000 habitantes
5) Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente		
6) Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre		
7) Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada		

Fonte: * Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do MS/Datasus (2024)
 ** Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do MS/Datasus (2024)
 *** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS/Datasus (2024)

A análise temporal considerou o período de 2019 a 2023. Para os indicadores de processos e de recursos foi possível analisar os dados por quadrimestre (primeiro quadrimestre de 2019 até o terceiro quadrimestre de 2023). Já para os indicadores de financiamento considerou-se a análise anual.

Destaca-se que o período considerado na pesquisa possibilitou análise comparativa dos períodos anterior e posterior à implementação do PPB, permitindo avaliação *ex-post* de percurso. Ressalta-se ainda que a portaria de criação do PPB é de novembro de 2019, mas o programa passou a ser implementado a partir de 2020. Em razão disso, adotou-se 2019 como ano prévio/base. O fato de a implementação perpassar a pandemia da Covid-19, anos de 2020 e 2021 principalmente, impôs maiores desafios a uma avaliação objetiva da dinâmica dos efeitos do Programa. Buscou-se contornar essa influência adotando o ano de 2023 como referência para o período posterior da análise.

Como unidades de análise foram consideradas as nove macrorregiões de saúde do estado de Santa Catarina (Figura 3).

Figura 3*Mapa das macrorregionais de saúde do estado de Santa Catarina*

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (2024).

Em 2023, as macrorregionais catarinenses abrangiam 17 regionais de saúde, com média populacional de 457 mil habitantes e média de 17 municípios por regional. Em termos populacionais, maior macrorregional é a “Grande Florianópolis” com 1,4 milhão habitantes distribuídos por 22 municípios. Já a menor, “Serra Catarinense”, conta com 297 mil habitantes e 18 municípios. A macrorregião “Grande Oeste” é a maior em número de municípios (78) e 851 mil habitantes, enquanto a menor neste quesito é a “Foz do Rio Itajaí”, com 11 municípios e 855 mil habitantes.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Indicadores de processo e de desempenho do Previne Brasil

O primeiro exercício analítico focaliza a trajetória dos sete indicadores do PPB e do quantitativo de pessoas cadastradas. O cadastramento e a atualização dos cadastros foi a base do programa. É através do cadastro da população que as demais ações do PPB e da própria política de saúde municipal são orientadas.

A Tabela 2 apresenta o número de cadastros realizados no período em análise, demonstrando crescimento significativo de novos cadastros no estado, passando de 5,23 milhões em 2019 para 8,16 milhões em 2023 (+56%). Considerando-se apenas o período 2022/2023, o aumento de cadastros foi de 11,9%. Destaca-se que todas as nove macrorregiões incrementaram o número de cadastros e a macro “Grande Florianópolis” obteve maior crescimento no período, 86,6%, com o município de Florianópolis obtendo 111%. Outros municípios que se destacaram no Estado foram Blumenau (+514%) e Canoinhas (+372%). Três municípios obtiveram crescimento negativo: Coronel Martins (-0,1%), Peritiba (-0,1%) e Monte Carlo (-0,6%).

Este avanço no cadastramento permitiu que todas as macrorregiões de saúde superassem o nível de 100% de cadastros da população do município em 2023, isto é, os cadastramentos realizados superaram a população dos municípios indicada pelo IBGE, em

2024. Tal fenômeno pode ser explicado pelas migrações e cadastros antigos que não foram corrigidos (pessoa falecida com cadastro em aberto).

Tabela 2

Evolução da população cadastrada e percentual de cadastros em relação ao total da população por macrorregional de saúde de Santa Catarina – 2019.Q1-2023.Q3

Macrorregionais	Número de cadastros efetivados			Percentual de cadastros em relação a população total	
	2019.Q1	2023.Q3	Δ%	2019.Q1	2023.Q3
FI	508.120	871.966	71,6	72%	102%
GF	786.705	1.468.154	86,6	66%	103%
GO	741.739	942.576	27,1	94%	111%
MO	471.329	676.448	43,5	75%	106%
ND	699.097	1.143.780	63,6	68%	102%
PN	261.086	389.180	49,1	69%	106%
SrC	237.972	299.860	26,0	82%	101%
SU	826.516	1.164.259	40,9	83%	108%
VI	692.237	1.200.262	73,4	64%	106%
SC	5.224.801	8.156.485	56,1	74%	105%

Fonte: SISAB (2024), IBGE (2024).

Esta variação positiva também foi verificada em todo o país. Conforme Sellera, Silva, Mendonça, Ginani & Souza (2023), 76,1% dos municípios brasileiros aumentaram os cadastros. A obrigatoriedade do cadastramento era uma grande preocupação quando do lançamento do PPB, em virtude dos potenciais efeitos sobre a restrição ao acesso da população aos serviços de saúde e de queda no financiamento da APS, dadas as dificuldades dos municípios para sua efetivação (Soares, Noronha, Andrade & Camargos, 2025). O volume de cadastros efetivados pelas macrorregionais de Santa Catarina demonstra que não houve barreiras neste sentido, garantindo acesso e recursos por essa via no Estado.

Por outro lado, é fundamental destacar que o componente da capitação ponderada correspondia ao maior volume de recursos transferidos no âmbito do PPB. Logo, pode-se considerar que esse mecanismo de indução tenha sido o grande responsável por engajar os municípios no cadastramento, estratégia eficaz do programa. Com a ampliação dos cadastros abre-se oportunidades para aprimorar a qualidade da provisão de APS nos municípios catarinenses, haja vista que permitem planejamento mais adequado da demanda de saúde, bem como o acompanhamento da evolução de indicadores de saúde da população (OECD, 2021).

A Tabela 3 apresenta um comparativo da média municipal de cada macrorregião de Saúde de SC para cada um dos sete indicadores. Para fins de compreensão, faz-se uma leitura do indicador 2 (proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV) para a macrorregião de “Foz do Rio Itajaí” (FI), que contempla 11 municípios. Para essa macrorregional, o indicador 2 passou de 31,4 no primeiro quadrimestre de 2019 (2019.Q1) para 75,3 no terceiro quadrimestre de 2023 (2023.Q3), apresentando uma variação de 140% neste período. Considerando que a meta era de 60%, observa-se que, na média, os municípios dessa macrorregional atingiram o percentual de 75,3% em 2023.Q3. Observa-se pela Tabela 3 que as macrorregionais catarinenses apresentaram crescimento nos sete indicadores. Os

indicadores 6 e 7, que estavam com as piores performances em 2019.Q1, foram os que apresentaram maior evolução no período, +775% e +266,7%, respectivamente. Apesar disso, a média estadual atingiu as metas pactuadas somente nos indicadores 1 e 2. Neste quesito, o indicador 5 (cobertura vacinal) foi o que apresentou pior evolução (+26,7%), ficando muito abaixo da meta pactuada em 2023.Q3. O indicador obtido neste quadrimestre foi de 76%, para uma meta de 95%.

Tabela 3

Evolução da média dos indicadores do Previne Brasil por macrorregional de saúde do estado de Santa Catarina – 2019.Q1-2023.Q3

Macrorregionais	Média dos indicadores dos municípios 2019.Q1						
	1	2	3	4	5	6	7
FI	33,2	31,4	23,3	16,5	54,7	0,6	12,7
GF	22,6	26,8	14,4	16,1	56,0	7,2	14,5
GO	42,6	32,3	30,4	32,0	39,6	18,7	11,3
MO	18,4	20,8	12,2	20,5	57,8	7,1	3,6
ND	23,6	47,8	19,5	23,1	64,3	0,8	6,6
PN	44,7	48,0	19,4	20,8	60,8	7,2	13,3
SrC	30,9	38,3	28,3	13,3	56,2	10,9	9,0
SU	20,7	23,2	12,7	20,4	61,7	4,7	8,9
VI	23,1	18,5	16,3	18,9	59,3	12,6	16,3
SC	26,0	30,0	18,0	21,0	60,0	4,0	9,0
Média dos indicadores dos municípios 2023.Q3							
FI	60,3	75,3	64,4	29,1	78,6	31,8	30,2
GF	53,9	65,1	56,5	33,5	81,9	34,4	31,3
GO	66,6	76,3	70,6	47,3	86,2	52,0	44,6
MO	62,6	77,2	64,4	34,7	80,1	35,6	26,3
ND	57,9	77,8	58,5	33,4	84,4	37,8	37,0
PN	63,3	80,0	66,7	40,9	81,3	44,3	40,2
SrC	64,5	80,4	64,6	26,9	78,6	35,9	36,6
SU	59,7	71,5	66,7	40,3	84,1	48,3	39,5
VI	68,4	78,0	64,8	33,7	86,1	41,5	31,8
SC	53,0	67,0	55,0	31,0	76,0	35,0	33,0
Variação percentual da média dos indicadores dos municípios 2019.Q1-2023.Q3							
FI	81,6	140,0	176,6	75,8	43,7	4.900,0	137,1
GF	138,4	143,1	293,4	108,2	46,1	375,5	116,0
GO	56,3	136,4	132,3	47,8	117,5	177,6	296,8
MO	240,6	270,4	427,7	69,0	38,5	399,1	625,6
ND	145,4	62,6	199,9	44,4	31,3	4.933,3	459,8
PN	41,7	66,7	244,0	97,0	33,6	519,4	201,7
SrC	108,8	109,9	128,5	102,9	39,8	230,1	306,2
SU	189,0	207,9	425,1	97,3	36,1	919,3	342,8
VI	195,4	321,4	298,5	78,4	45,2	229,6	95,4
SC	103,8	123,3	205,6	47,6	26,7	775,0	266,7

Fonte: SISAB (2024).

Essa performance insuficiente em relação às metas pactuadas foi observada em todo

o país. A maioria dos municípios brasileiros estavam abaixo das metas, principalmente as relativas ao acompanhamento de doenças crônicas. Em contrapartida, o melhor desempenho foi observado nos indicadores de pré-natal (Rosa et al., 2023). Os municípios passaram a se adaptar às regras do PPB a partir do terceiro ano de vigência, em 2022 (Soares, Noronha, Andrade & Camargos, 2025). Programas estruturantes e/ou que induzem a mudanças de comportamento por parte dos entes exigem um período de assimilação das novas regras, planejamento e reorganização do processo de trabalho, que muitas vezes necessitam de novos investimentos em recursos e de contratação e capacitação de profissionais (Kroth & Guimarães, 2019).

Tabela 4

Matriz de correlação de Pearson entre indicadores de processos do Programa Previne Brasil e população municipal

População do município	Indicadores Previne Brasil						
	1	2	3	4	5	6	7
2019	-0.04*	0.06*	-0.05*	-0.08*	0.13*	-0.19*	0.00*
2020	-0.05*	0.06*	-0.11*	-0.08*	0.06*	-0.18*	0.00*
2021	-0.13*	0.03*	-0.14*	-0.11*	0.09*	-0.23*	-0.04*
2022	-0.18*	-0.03*	-0.15*	-0.18*	-0.10*	-0.21*	-0.12*
2023	-0.25*	-0.12*	-0.20*	-0.23*	-0.19*	-0.22*	-0.12*

Nota: * significante a 5%.

Fonte: SISAB (2024); IBGE (2024).

O impacto da pandemia da Covid-19 é elemento fundamental na análise do desempenho dos indicadores do PPB. Além da mobilização de recursos para o seu enfrentamento, a pandemia afetou a implantação do pagamento por desempenho do PPB (iniciado parcialmente apenas em 2022 Q1), fator que pode ter inibido o esforço dos municípios para a obtenção de melhores resultados (Soares et al., 2025).

Verificou-se pequena tendência de municípios de menor porte populacional estarem associados a maiores indicadores do PPB. Neste caso, a correlação de Pearson ficou entre -0,12 e -0,25 no ano de 2023, conforme Tabela 4. Segundo Mazon, Freitas & Colussi (2021), os municípios catarinenses, especialmente os de pequeno porte, têm características socioeconômicas e uma boa infraestrutura de APS que, articuladas com o planejamento, podem ajudar a explicar essa relação.

A Tabela 5 apresenta o número de municípios que atingiram as metas pactuadas. Verificou-se número pequeno de municípios alcançando as metas do PPB em 2019. Este cenário alterou significativamente em 2023, quando houve elevação média de mais de 150% de municípios atingindo as metas, com exceção do indicador 4 (cobertura de exame citopatológico), que variou +57,4%. Por sua vez, esse indicador foi o que apresentou melhor desempenho pelos municípios catarinenses no período, pois em 2023.Q3, 98% (288) superaram a meta do indicador.

Tabela 5

Evolução do número de municípios que atingiram a meta pactuada dos indicadores do Previne Brasil por macrorregional de saúde do estado de Santa Catarina – 2019 Q1-2023 Q3

Macrorregionais	Número de municípios que atingiram a meta em 2019.Q1						
	1	2	3	4	5	6	7
FI	5	5	2	5	1	0	0
GF	6	9	1	8	1	0	3
GO	42	29	28	64	1	26	12
MO	12	17	1	32	10	5	0
ND	5	8	3	11	3	0	0
PN	9	9	1	9	2	0	3
SrC	8	11	8	6	3	1	2
SU	11	15	3	25	10	2	2
VI	11	9	4	23	7	9	9
SC	109	112	51	183	38	43	31
Número de municípios que atingiram a meta em 2023.Q3							
FI	11	11	10	11	2	7	6
GF	22	21	18	22	7	18	11
GO	77	75	72	78	38	68	63
MO	51	50	47	50	16	39	26
ND	13	13	12	12	4	11	11
PN	12	12	13	13	5	12	11
SrC	18	18	16	15	6	13	11
SU	45	44	43	45	21	41	36
VI	42	41	37	42	20	37	24
SC	291	285	268	288	119	246	199
Variação percentual entre 2019Q1-2023Q3							
FI	120,0	120,0	400,0	120,0	100,0	-	-
GF	266,7	133,3	1.700,0	175,0	600,0	-	266,7
GO	83,3	158,6	157,1	21,9	3.700,0	161,5	425,0
MO	325,0	194,1	4.600,0	56,3	60,0	680,0	-
ND	160,0	62,5	300,0	9,1	33,3	-	-
PN	33,3	33,3	1.200,0	44,4	150,0	-	266,7
SrC	125,0	63,6	100,0	150,0	100,0	1.200,0	450,0
SU	309,1	193,3	1.333,3	80,0	110,0	1.950,0	1.700,0
VI	281,8	355,6	825,0	82,6	185,7	311,1	166,7
SC	167,0	154,5	425,5	57,4	213,2	472,1	541,9

Fonte: SISAB (2024).

Importante mencionar que a melhoria dos indicadores foi verificada ao longo dos quadrimestres. Há correlação positiva moderada entre indicadores do PPB e população cadastrada indicando que, ao ampliar o número de cadastros, os municípios melhoraram os indicadores, que pode estar demonstrando alteração de rotinas de trabalho com potenciais ganhos de escala (Tabela 8). A partir da introdução do PPB, muitos municípios passaram a enfatizar quase que exclusivamente o atendimento aos indicadores, concentrando sua força de trabalho nestas ações, o que pode ter prejudicado ações em outras áreas como promoção de saúde (Rodrigues & Eberhardt, 2020).

3.2 Indicadores de financiamento

O financiamento do SUS, especialmente no que se refere aos repasses do Governo Federal aos municípios, constituiu um dos principais pontos de preocupação entre a comunidade acadêmica e os gestores municipais de saúde no contexto do lançamento do PPB

(Melo, Almeida, Lima & Giovanella, 2019; Massuda, 2020). O principal motivo da preocupação referia-se à perda de garantias dos repasses regulares e, portanto, à perda de recursos, dado a mudança na regra historicamente vinculada com a população do município (PAB-fixo).

Dessa forma, uma análise essencial em relação ao PPB é verificar o comportamento do volume de recursos para a saúde nos municípios. A Tabela 6 apresenta dois indicadores de financiamento que representam maior protagonismo dos municípios: as despesas totais em saúde por habitante e o percentual de recursos próprios dos municípios direcionados para a área da saúde (conforme Lei nº 141/2012). Em relação ao primeiro indicador observou-se crescimento em todas as macrorregionais de saúde, com média estadual de R\$ 1.254,40 em 2019 e de R\$ 1.613,90 em 2023 (+28,7%). É possível que tal aumento esteja relacionado com os investimentos realizados ainda no período da pandemia. O maior esforço municipal pode ser corroborado pelo aumento do percentual de recursos próprios dos municípios, que passou de 21,9% para 22,4%.

Tabela 6

Despesa total em saúde nos municípios por habitante e percentual de recursos próprios dos municípios por macrorregional de saúde do estado de Santa Catarina – 2019-2023

Macrorregionais	Despesa total em saúde por habitante			Percentual de recursos próprios		
	2019	2023	var. %	2019	2023	var. %
FI	1.208,6	1.778,3	47,1	22,8	23,9	4,8
GF	1.155,5	1.615,3	39,8	21,3	22,7	6,6
GO	1.636,6	2.172,6	32,7	20,0	20,6	2,9
MO	1.565,6	1.607,4	2,7	20,6	20,7	0,2
ND	1.221,0	1.582,1	29,6	26,1	25,9	-0,8
PN	1.076,0	1.270,5	18,1	25,1	25,0	-0,7
SrC	1.257,6	1.724,8	37,2	19,4	20,2	4,0
SU	1.075,2	1.366,9	27,1	20,9	21,3	1,9
VI	1.093,4	1.407,1	28,7	20,7	21,5	4,1
Média SC	1.254,4	1.613,9	28,7	21,9	22,4	2,4

Fonte: SIOPS (2024).

A Tabela 7 traz os dados relacionados às transferências do Governo Federal para os municípios. Verificou-se que, considerando todo o estado, houve aumento de 3,1% entre 2019 e 2023 no volume total transferido. Na análise por macrorregional observa-se que houve redução em três delas: Grande Oeste (-0,7%), Planalto Norte (-6,2%) e Serra Catarinense (-0,1%). Juntas, estas três macrorregionais contemplam 37% dos municípios catarinenses e 20% da população.

Ao considerar as transferências do SUS por habitante identificou-se queda de 1,6% no período, passando de R\$ 445,8 em 2019 para R\$ 438,7 em 2023, com diminuição de recursos em seis macrorregionais. A trajetória dos indicadores de transferências do SUS demonstraram que não houve redução desses recursos aos municípios catarinenses, os quais ficaram estabilizados. No entanto, houve perdas para SC quando considerado o volume *per capita*. Ressalta-se que o estado catarinense, além de ter registrado um aumento populacional nos últimos anos, os critérios da capitação ponderada do programa, como perfil demográfico e classificação geográfica (rural remoto e rural adjacente) favoreceram estados e municípios

com características alinhadas a esses critérios.

Tabela 7

Transferências do SUS para os municípios e Transferências do SUS para os municípios por habitante agregadas por macrorregional de saúde do estado de Santa Catarina – 2019-2023

Macrorregionais	Transferências SUS para os municípios R\$ milhões			Transferências SUS para os municípios por habitante - R\$		
	2019	2023	var. %	2019	2023	var. %
FI	359,7	382,0	6,2	410,9	387,0	-5,8
GF	365,3	410,0	12,2	458,1	499,4	9,0
GO	436,8	433,8	-0,7	582,6	503,7	-13,5
MO	252,8	271,0	7,2	476,3	517,8	8,7
ND	535,5	556,9	4,0	358,8	337,9	-5,8
PN	164,6	154,5	-6,2	467,0	403,6	-13,6
SrC	163,2	163,1	-0,1	411,3	477,7	16,1
SU	489,6	491,2	0,3	423,0	408,4	-3,4
VI	611,2	620,1	1,5	423,8	413,0	-2,5
Total/Média	3.378,7	3.482,5	3,1	445,8	438,7	-1,6

Fonte: SIOPS (2024).

Achados de outros estudos indicam que os recursos do PPB se mantiveram em linha com o modelo anterior (Rosa et al., 2023) e observaram que alguns municípios rurais e adjacentes obtiveram ganhos em comparação com municípios mais populosos (Soares, Noronha, Andrade & Camargos, 2025), o que corrobora os resultados da presente pesquisa. Por outro lado, os dados também confirmam e reforçam uma tendência no financiamento da saúde no país, com os municípios assumindo maiores responsabilidades e ampliando sua participação no aporte de recursos (Rocha et al., 2019; Cruz, Barros & Souza, 2022).

Tabela 8

Matriz de correlação de Pearson entre indicadores de processos do Programa Previnde Brasil e indicadores de financiamento, recursos e de saúde selecionados

Indicadores de Saúde	Indicadores Previnde Brasil						
	1	2	3	4	5	6	7
População cadastrada	0,60*	0,69*	0,72*	0,45*	0,35*	0,71*	0,60*
Despesa total em saúde por habitante	0,81*	0,47*	0,70*	-0,23	0,88*	0,80*	0,91*
Percentual de recursos próprios	0,13*	0,21*	0,20*	0,17*	0,15*	0,01	0,08
Transferências SUS para os municípios	0,06	-0,20*	-0,01	-0,21*	0,22*	0,18*	0,24*
Transferências SUS para os municípios por habitante	0,03	-0,22*	-0,05	-0,20*	0,18*	0,15*	0,19*
Enfermeiros	0,27*	0,32*	0,32*	0,13	0,21*	0,36*	0,29*
Técnicos Enfermagem	0,25*	0,30*	0,28*	0,06	0,14	0,29*	0,24*
Médicos	0,32*	0,39*	0,41*	0,27*	0,29*	0,47*	0,34*
Equipes de Saúde da Família	0,38*	0,46*	0,48*	0,21*	0,35*	0,51*	0,43*

Nota: * significativa a 5%.

Fonte: SIS-MS (2024).

Na correlação entre os indicadores do PPB e de financiamento percebeu-se maior correlação positiva entre as “despesas totais em saúde gasta no município” e os indicadores do PPB 1, 2, 3, 5, 6 e 7, conforme Tabela 8. Isto é, quanto maior é o investimento em saúde, maior é o desempenho do indicador do Previne. Os outros três indicadores de financiamento apresentaram uma correlação positiva, porém muito baixa (próxima de zero), sugerindo pelo menos duas situações: i) que o volume de financiamento ainda é insuficiente para promover melhorias na APS e ii) que outros fatores complementares ao financiamento como, por exemplo, disponibilidade de pessoas qualificadas, organização do processo de trabalho e ou comportamento da população, podem estar surtindo maior impacto.

3.3 Indicadores de recursos

Um dos efeitos esperados com a implementação do PPB era que induzisse os municípios a promoverem alterações na oferta de serviços da APS (Brasil, 2021). Mudanças no perfil da oferta de serviços podem ser observadas pela análise de alguns indicadores de recursos, como a variação do quantitativo de profissionais de saúde e de equipes de saúde da família, considerados neste trabalho, os principais insumos da oferta de serviços de APS.

A Tabela 9 demonstra ampliação do número de equipes em todas as macrorregionais do estado catarinense, com exceção da Planalto Norte, que obteve queda de 4%. No estado, o número de equipes passou de 2.017 para 2.323, um aumento de 15,2%, sinalizando que, ao aumentar o cadastramento da população, foi necessário ampliar o número de equipes. O maior número de equipes ajuda a explicar o maior direcionamento de recursos para área da saúde pelos municípios (Tabela 6), e tem relação direta com o maior incremento de profissionais de saúde.

As três categorias selecionadas de profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) apresentaram crescimento no período de 2019 a 2023, de 43,5%, 51% e 30,1%, respectivamente. Algumas exceções podem ser visualizadas, como a queda nas três categorias para a Macrorregião Grande Oeste, bem como redução no número de técnicos de enfermagem para as Macrorregiões Sul e Serra Catarinense.

Embora a melhoria dos indicadores de recursos esteja associada a diferentes fatores, como programas específicos (Mais Médicos e Agentes Comunitários de Saúde) e ampliação de recursos do SUS para o combate à pandemia do Covid-19 (Russo, Silva, Rosales, Rocha & Vivas, 2020; Duarte et al., 2023), pode-se considerar que pelo menos parte desse avanço nos recursos decorreu dos mecanismos de indução do PPB, que, ao vincular as transferências de recursos à população cadastrada em equipes de saúde de família, levou os municípios a reavaliarem sua estrutura de oferta, definindo novas equipes e exigindo mais profissionais.

Ademais, a ampliação da infraestrutura municipal de saúde sugere que a melhoria dos indicadores do PPB apresentadas na Tabela 3 foi viabilizada com auxílio dessa expansão. O cálculo da correlação média entre indicadores de recursos e os indicadores do PPB apresentou correlação positiva de 0,30 (Tabela 8).

Tabela 9

Número de equipes de Saúde da Família e de profissionais de saúde por macrorregional de saúde do estado de Santa Catarina – 2019-2023

Macrorregionais	Número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) 2020.Q2 e de profissionais da saúde - 2019.Q1			
	EqSF	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
FI	168	2.698	509	1.344
GF	345	4.393	670	1.173
GO	274	2.775	393	851
MO	181	1.340	302	593
ND	250	4.229	964	2.758
PN	101	1.102	200	579
SrC	94	1.147	237	728
SU	309	2.006	494	1.171
VI	295	3.649	979	1.570
SC	2.017	23.339	4.748	10.767
Número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) e de profissionais da saúde - 2023.Q3				
FI	213	3.872	896	2.258
GF	409	9.301	1.302	2.530
GO	315	2.471	379	584
MO	196	1.995	434	828
ND	279	5.197	1.432	2.783
PN	97	1.552	351	868
SrC	102	1.423	260	668
SU	339	3.072	644	943
VI	373	4.612	1.470	2.551
SC	2.323	33.495	7.168	14.013
Variação percentual entre os dois períodos considerados				
FI	26,8	43,5	76,0	68,0
GF	18,6	111,7	94,3	115,7
GO	15,0	-11,0	-3,6	-31,4
MO	8,3	48,9	43,7	39,6
ND	11,6	22,9	48,5	0,9
PN	-4,0	40,8	75,5	49,9
SrC	8,5	24,1	9,7	-8,2
SU	9,7	53,1	30,4	-19,5
VI	26,4	26,4	50,2	62,5
SC	15,2	43,5	51,0	30,1

Fonte: CNES/MS (2024).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante sua vigência, o PPB alcançou resultados relevantes em Santa Catarina, com destaque à ampliação da população cadastrada, melhoria nos sete indicadores de processos e ampliação da infraestrutura de saúde nas macrorregiões de saúde analisadas. Isso sugere que o Programa foi eficaz no direcionamento de esforços e recursos para áreas prioritárias, bem como em incentivar práticas de gestão de processos de trabalho na Estratégia da Saúde da Família para a saúde preventiva das populações assistidas, considerando as características particulares do estado catarinense, o que podem diferenciar de outras regiões brasileiras.

Especificamente em relação aos efeitos do PPB sobre o financiamento da APS, observou-se que, em geral, as transferências do SUS permaneceram inalteradas. Apenas

quando esse volume é analisado em termos *per capita*, as macrorregiões de saúde de Santa Catarina sofreram perdas, muito em virtude dos critérios da capitação ponderada.

As mudanças nas prioridades de saúde pública durante a pandemia podem ter reorientado recursos da APS para o enfrentamento da Covid-19 no período, o que também pode ter impactos diferenciados sobre os resultados e se apresentam como limitações do estudo. Desta forma, sugere-se a realização de pesquisas futuras que busquem, a partir de modelos estruturais causais, formas de isolar os efeitos dessas variáveis, visando a captar isoladamente os efeitos do PPB.

Embora o fim do Previne Brasil possa ser motivo de divergência de opiniões, o programa demonstrou que é possível alcançar resultados positivos com planejamento e quando os recursos são alocados de forma estratégica, orientada pelos dados e com uma estrutura mais preparada como no estado catarinense. Ainda, ressaltou a necessidade da vinculação usuários-equipes em uma abordagem integrada e continuada do cuidado à saúde. Isso sugere que futuras iniciativas em financiamento da APS devem buscar promover a busca por processos e resultados positivos nos indicadores de saúde, desempenho e qualidade.

Considera-se que a principal contribuição desse estudo foi desenvolver uma avaliação do programa, trazendo algumas evidências sobre seus efeitos sobre diferentes aspectos da oferta de serviços de APS nos municípios, cujos resultados devem orientar o planejamento municipal diante da nova proposta de financiamento para a APS. Em última análise, o legado do Previne Brasil vai além de seus resultados quantitativos, pois destaca a importância de uma abordagem proativa à saúde, que priorize o planejamento de estratégias de prevenção de doenças e de promoção da saúde em lugar de estratégias reativas a crises emergentes. Adicionalmente, a proposição de um sistema de monitoramento, com a disponibilidade periódica de indicadores de processos, permitiu que municípios pudessem se debruçar sobre os dados e desenvolver uma melhor cultura de monitoramento e planejamento do trabalho em saúde. Essa lição é ainda mais relevante em um mundo em constante mudança, onde os desafios de saúde pública se tornam cada vez mais complexos.

Agradecimentos

Agradecimento à Fapesc pelo apoio à pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Diário Oficial da União, 23 fev. 2006.
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=23/02/2006>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015*. Diário Oficial da União, 5 out. 2015.
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=668&data=05/10/2015>

- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Diário Oficial da União, 13 nov. 2019. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/4918_atencao-gestao-municipal-consulte-o-manual-instrutivo-do-previne-brasil
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024*. Diário Oficial da União, 10 abr. 2024. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. (2024). *Sistema de Informações de Saúde (DATASUS)*. <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
- Castro, D. M., Oliveira, V. B., Andrade, A. C. S., Cerchiglia, M. L., & Santos, A. F. (2020). Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(11), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209819>
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (2022). *Financiamento do SUS na perspectiva municipal*. Brasília, DF: CONASEMS. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>
- Cruz, W. G. N.; Barros, R. D.; & Souza, L. E. P. F. (2022). Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(6), 2459-2469. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>
- De Seta, M. H., Ocké-Reis, C. O., & Ramos, A. L. P. (2021). Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 3781-3786. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>
- Duarte, L.S, Viana, M. M. O., Garcia, M. T., Rosa, T. E. C., Malinverni, C., Neves, M. V. F., & Dantas, L. A. A. (2023). Repasses financeiros para o enfrentamento da COVID-19 na perspectiva de gestores municipais do estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06152023>
- Fávero, L. P. & Belfiore, P. (2021). *Manual de análise de dados*. Rio de Janeiro, RJ: LTC.
- Gertler, P. J., Martinez, S., Premand, P., Rawlings, L. B. & Vermeersch, C. M. (2016). *Impact evaluation in practice* (2nd ed.). Washington, D. C.: World Bank.
- Harzheim, E. (2020). Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1189-1196.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>

Januzzi, P. M. (2016). *Monitoramento e avaliação de programas sociais*. Campinas, SP: Alínea.

Kroth, D. C., & Guimarães, R. R. (2019). Pacto pela Saúde: efeito do tempo na eficácia da gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, 53(10), 1138-60. <https://doi.org/10.1590/0034-761220180440>

Lassance, A. (2025). *Como construir políticas públicas, programas e projetos prontos para o monitoramento e a avaliação? Um guia prático de análise ex ante*. Brasília: Ipea.

Lima, L. & Souza, A. P. (2025). *Monitoramento e avaliação de políticas públicas: do diagnóstico à decisão*. São Paulo, SP: FGV CLEAR.

Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1181-1188. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>

Mazon, L. A., Freitas, S. T., & Colussi, C.F. (2021). Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1521-1532. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09712019>

Melo, E. A., Almeida, P. F., Lima, L. D., & Giovanella, L. (2019). Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43(5), 137-144. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>

Oliveira, R. (2024, 9 de setembro). Como está a saúde no Brasil? *Folha de S.Paulo*.

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. (2021). *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Paris: OECD, 2021. <https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>.

Rocha, R., Furtado, I. & Spinola, P. (2019). *Garantindo o futuro da saúde no Brasil: necessidades de financiamento e projeção de gastos (Estudo técnico nº 1)*. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/estudo-institucional-01/>.

Rodrigues, E. C. & Eberhardt, L. D. (2020). Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul. *Saúde em Debate*, 48(140), e8385. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408385P16>

Rosa, L., Arruda, H. Faria, M., Mrejen, M., Nobre, V., Aguillar, A., & Rocha, R. (2023). *Previne Brasil: análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados (Estudo institucional nº 9)*. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09/>

- Russo, L. X., Silva, E. N., Rosales, C. Rocha, T. H., & Vivas, G. (2020). Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1-8.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.25>
- Saddi, F. C., Peckham, S., & Mundim, P. S. (2018). Pagamento por desempenho, formulação, implementação e sucesso da política em países de renda baixa, média e alta. *Sociedade e Cultura*, 21(2), 4-11.
<https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56302>
- Secchi, L. *Análise de políticas públicas*. (2019). São Paulo, SP: Cengage Learning.
- Sellera, P. E. G., Silva, M. R. M., Mendonça, A. V., Ginani, V. C. & Souza, M. F. (2023). Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(9), 2743-2750.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.20142022>
- Soares, C.S., Noronha, K. V., Andrade, M. V., & Camargos, M. C. S. (2025). Impacto da mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde para municípios do estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(04), e12892023.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.12892023>