



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANA PAULA BAZZO ROMAGNOLLI

POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NOS PRINCÍPIOS
DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Londrina - PR
2024

ANA PAULA BAZZO ROMAGNOLLI

POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NOS PRINCÍPIOS
DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça

Londrina - PR

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

A532p ROMAGNOLLI, Ana Paula Bazzo .
POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NOS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / Ana Paula Bazzo ROMAGNOLLI. - Londrina, 2024.
56 f.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. financiamento da assistência à saúde - Tese. 2. gestão em saúde - Tese. 3. atenção primária à saúde - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

ANA PAULA BAZZO ROMAGNOLLI

POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NOS PRINCÍPIOS
DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Felix
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. André Ulián Dall Evedove (membro
externo ao programa)
Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA.

Londrina, 17 de maio de 2024

Com profundo reconhecimento, dedico este trabalho a todos os que dedicam suas vidas à luta por um Sistema Único de Saúde (SUS) mais equânime, aos defensores incansáveis da transformação social por meio da educação pública e aos que batalham por um Brasil mais justo.

Esta dedicação se estende também aos gestores e profissionais que, na prática diária, contribuem para a construção e o fortalecimento do sistema de saúde, lutando incessantemente pelas políticas públicas e pelo aprimoramento contínuo do SUS.

Por fim, dedico este trabalho à minha família, cujo apoio incondicional e crença em meu potencial foram fundamentais para a concretização deste sonho. Agradeço por seu amor e suporte, que foram à força motriz por trás desta jornada acadêmica.

AGRADECIMENTO

A concretização deste estudo de mestrado foi viabilizada por valiosos apoios e estímulos, sem os quais não teria sido possível tornar-se uma realidade, e aos quais estou profundamente grata.

Em primeiro lugar, expresso minha gratidão a Deus pelo dom da vida e pela orientação constante que ele provê, mostrando que, com ele, todas as coisas são possíveis.

Agradeço imensamente à minha família pelo suporte incondicional, pelo amor generoso e pela paciência incansável. Em particular, expresso minha profunda gratidão ao meu esposo, cujo apoio e incentivo foram fundamentais para que eu prosseguisse diariamente nesta jornada. Agradeço também à minha filha Isadora, pela compreensão e apoio durante os períodos de ausência decorrentes dos estudos e do trabalho dobrado. Não posso deixar de mencionar minha filha Pietra, que esteve presente no meu ventre, acompanhando os desafios do primeiro ano deste mestrado. Expresso minha gratidão sincera à minha sogra e ao meu sogro, que zelaram por mim e por minha família. E, por fim, agradeço aos meus pais e irmãos por acreditarem nos meus sonhos e por seu apoio inabalável.

Quero também expressar minha gratidão à minha orientadora, Professora Fernanda de Freitas Mendonça, que compreendeu e respeitou as particularidades do meu período gestacional e puerperal, acolhendo-me, apoiando-me, ensinando-me e orientando-me em cada etapa deste percurso acadêmico.

Agradeço, igualmente, às Professoras Brígida Gimenez Carvalho e Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, minhas inspiradoras na área de Saúde Coletiva. Sua dedicação e conhecimento são fontes de grande admiração e estímulo para mim.

Expresso minha gratidão à banca examinadora por aceitar o convite para avaliar este trabalho e estou certa de que suas contribuições serão de imensa valia para o meu aprimoramento.

Por fim, agradeço aos colegas da turma de mestrado 2022 e a todos os professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva por suas valiosas sugestões e contribuições durante os seminários de apresentação do projeto de dissertação.

“Faça o teu melhor na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores para fazer melhor ainda!” Mario Sergio Cortella.

ROMAGNOLLI, A.P.B. Política de financiamento da Atenção Primária à Saúde e suas implicações nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. 59 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa o sistema público de saúde brasileiro com a missão de proporcionar acesso universal, integral e com equidade à saúde para todos os cidadãos, estabelecida através de seus princípios doutrinários. No entanto, o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem enfrentado obstáculos. A introdução do Programa Previne Brasil (PPB) em 2019, juntamente a alterações políticas como a Emenda Constitucional 95 e a revisão do Programa Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017, levanta questões sobre o impacto dessas medidas nos princípios do SUS. Diante disso, questiona-se o quanto a nova política de financiamento da APS tenciona para fortalecer ou não os princípios do SUS. A pesquisa teve como objetivo analisar a evolução normativa do PPB na gestão da Atenção Primária e suas implicações nos princípios doutrinários do SUS. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a análise das portarias publicadas entre 2019 e 2022 como fonte de dados. Os documentos foram obtidos por meio do Sistema Saúde Legis com o assunto Previne Brasil. Outra estratégia de busca foi conduzida através da análise das próprias portarias, identificando aquelas que faziam referência ao PPB em seu conteúdo, mesmo que não tivessem sido inicialmente capturadas pelo Saúde Legis. Os resultados apontaram que o PPB passou por ajustes desde sua implementação, evidenciados por 30 portarias entre 2019 e 2022. O eixo da capitação ponderada concentrou o maior número de portarias, assim como o ano de 2020. No que se refere ao conteúdo das portarias, estas abordam desde a definição de alguns regramentos, instituição de incentivos e definições de metas, porém ganham destaque o volume de atos que estabelecem a prorrogação das normas sobre o cadastramento e o atingimento dos indicadores de desempenho. Posto isso, verificou-se que as alterações produzidas por essa nova política de financiamento apresentam aspectos que podem tanto fortalecer quanto fragilizar os princípios do SUS. Por mais que algumas das medidas do PPB tenham coerência com os princípios do SUS, não se pode negar que a densidade dos elementos que prejudicam a implementação dos princípios do SUS são muito maiores e, portanto, no conjunto da obra seria arriscado afirmar que esse programa iria ofertar benefícios para APS.

Palavras chaves: financiamento da assistência à saúde; gestão em saúde; atenção primária à saúde.

ROMAGNOLLI, A.P.B. Primary Health Care financing policy and its implications for the doctrinal principles of the Unified Health System. 59 pages. Dissertation (Master's in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) represents the Brazilian public health system with the mission of providing universal, comprehensive, and equitable access to health for all citizens, established through its doctrinal principles. However, financing Primary Health Care (PHC) has faced obstacles. The introduction of the Previner Brasil Program (PPB) in 2019, together with political changes such as the Constitutional Amendment 95 and the review of the National Primary Care Program (PNAB) in 2017, raise questions about the impact of these measures on the principles of the SUS. Given this, the question arises to what extent the new PHC financing policy intends to strengthen or not the principles of the SUS. The research aimed to analyze the normative evolution of the PPB in the management of Primary Care and its implications for the doctrinal principles of the SUS. This is a qualitative study that used the analysis of ordinances published between 2019 and 2022 as a data source. The documents were obtained through the Legis Health System with the subject Previner Brasil. Another search strategy was conducted through the analysis of the ordinances themselves, identifying those that referred to the PPB in their content, even if they had not been initially captured by Saúde Legis. The results showed that the PPB has undergone adjustments since its implementation, evidenced by 30 ordinances between 2019 and 2022. The weighted capitation axis concentrated the largest number of ordinances, as well as the year 2020. The content of the ordinances covers everything from the definition of some rules, the institution of incentives, the definition of goals, but the volume of acts that establish the extension of the rules on registration and the achievement of performance indicators stand out. That said, the changes produced by this new financing policy were found to present aspects that can strengthen or weaken the principles of the SUS. Even though some of the PPB measures are consistent with the principles of the SUS, it cannot be said that the density of elements that harm the implementation of the principles of the SUS are much greater and, therefore it would be risky to say that this program would offer benefits for APS.

Keywords: healthcare assistance financing; healthcare management; healthcare primary attention.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – QUANTITATIVO DE PORTARIAS PUBLICADAS REFERENTE AO PROGRAMA PREVINE
BRASIL POR ANO DE PUBLICAÇÃO.32

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES NORMATIVAS DO PREVINE BRASIL POR ANO DE ANÁLISE 2019 A 2022³²

QUADRO 2– SISTEMATIZAÇÃO DAS NORMAS QUE ESTABELECEM A NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DA APS POR EIXO E CONTEÚDO.³⁴

QUADRO 3 – CORRELAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS COM AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NA FORMA DE FINANCIAMENTO DO PREVINE BRASIL POR ANO DE ANÁLISE 2019 A 2022⁴²

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
EC	Emenda Constitucional
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISF	Indicador Sintético Final
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPB	Programa Previne Brasil
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
	2.1 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS	14
	2.1.1 Princípio da universalidade	15
	2.1.2 Princípio da equidade	16
	2.1.3 Princípio da integralidade.....	18
	2.2 HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DA APS	20
3	OBJETIVOS	29
	3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4	METODOLOGIA	30
5	RESULTADOS.....	31
	5.1 EIXOS DE ANÁLISE	33
	5.1.1 Capitação ponderada	34
	5.1.2 Pagamento por desempenho	37
	5.1.3 Incentivo para ações estratégicas	39
	5.1.4 Pagamento por critério populacional.....	40
6	DISCUSSÃO	42
7	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, o Brasil passou por um processo de redemocratização política, o qual foi tencionado pelo Movimento de Reforma Sanitária que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (CF) de 1988. De um modelo de Saúde Previdenciário, que limitava o direito a saúde aos trabalhadores com inserção formal no mercado de trabalho, foi substituída por um modelo universal e igualitário de assistência à saúde para todos os brasileiros, consagrando a saúde como um direito social, isto é, inerente à condição de cidadão (Granja *et al.*, 2010). Considera ainda dever do Estado estabelecer condições que assegurem ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Siqueira *et al.*, 2011).

O SUS foi regulamentado pela Lei nº8080 e 8.142 de 1990 e possui diretrizes e princípios baseados na universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Andrade; Pontes; Martins Junior, 2000). Além desses princípios doutrinários, são estabelecidos também como princípios organizativos: descentralização/regionalização, comando único e a participação da comunidade.

A criação do SUS representou um avanço na medida em que se pautou nos princípios da universalidade do acesso, integralidade e igualdade da assistência (Linard *et al.*, 2011). De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2019, sete em cada dez brasileiros, ou mais de 150 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS para tratamentos de saúde. Todos podem usar o SUS gratuitamente, assegurados por seus princípios; dessa forma, pode-se dizer que 100% dos brasileiros utilizam, utilizaram ou utilizarão os serviços do sistema público (Linard *et al.*, 2011).

Segundo Sérgio Francisco Piola, o SUS está em constante evolução, mesmo após mais de trinta anos de existência. Ele aponta uma série de progressos notáveis, como a ampliação dos serviços de atenção básica em saúde, o crescimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a disponibilidade de medicamentos de alto custo. Além disso, menciona melhorias no sistema nacional de transplantes, onde a maioria das cirurgias é financiada com recursos públicos, assim como na oferta de 90% das hemodiálises para pacientes com doença

renal crônica. Também destaca o êxito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que atingiu, em média, 85% da população-alvo em 2015 (Piola, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS), um dos níveis de atenção do SUS, foi a grande responsável pelo aumento da cobertura e do acesso da população brasileira ao serviço de saúde, tendo sua característica de grande capilaridade e de proximidade com o contexto do usuário. Contudo, considerando que o Brasil é um país continental e com grandes diferenças regionais, econômicas e socioculturais (Castro *et al.*, 2018), a cobertura e o acesso ao serviço de saúde se expressaram de formas bem distintas a depender da localidade.

As fragilidades estruturais do SUS e a enorme heterogeneidade entre os 5.570 municípios brasileiros revelam diferentes padrões de expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Andrade *et al.*, 2018) e de qualidade de serviços prestados (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018), limitando o desempenho de funções essenciais da APS. Com base no exposto, é possível perceber o intenso desafio de financiamento e a responsabilidade social do sistema público de saúde brasileiro (Sales *et al.*, 2019).

Embora as responsabilidades básicas na área da saúde sejam compartilhadas entre os três níveis de governo, o desempenho eficaz dessas responsabilidades pode variar de acordo com as circunstâncias específicas e as complementaridades existentes. A legislação geralmente estabelece o princípio do compartilhamento de responsabilidades e competências. Embora a saúde seja uma competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, a responsabilidade dos municípios é mais explicitamente delineada, em especial no que diz respeito à prestação de serviços de saúde à população, com apoio técnico e financeiro da União e dos estados conforme estabelecido na legislação. No entanto, dada a natureza específica de certas questões, as definições constitucionais e legais e as disparidades históricas na federação brasileira, a participação ativa do governo federal na condução ou coordenação do sistema de saúde é crucial para alcançar os objetivos estabelecidos na Constituição (Piola, 2022).

Nesse contexto de destaque do papel do governo federal, é fundamental mencionar que nos últimos anos a conduta desse ente federativo foi de profunda austeridade fiscal. A emenda constitucional 95 de 2016 congelou por 20 anos as despesas primárias, entre elas as despesas com saúde, algo que representou um processo de desfinanciamento do SUS, incluindo os recursos destinados para a Atenção Básica (AB). Em 2017, foi também proposta a alteração da PNAB, que produziu algumas distorções no modelo de APS voltado para o território e, finalmente em 2019, o governo federal propôs mudanças nas regras de financiamento para a

APS, pondo fim ao piso de AB e propondo pagamentos por eixos: capitação ponderada, pagamento por desempenho e por adesão a ações estratégicas (Mendonça *et al.*, 2023).

Com a chegada da pandemia da COVID-19, os desafios orçamentais se intensificaram, pois a doença demandou uma mobilização intensa de recursos, incluindo leitos hospitalares, equipamentos de proteção individual, testes diagnósticos e medicamentos, entre outros. Essa demanda adicional sobrecarregou o sistema de saúde, levando ao colapso em algumas regiões do país, com escassez de leitos, insumos e profissionais de saúde. O orçamento federal destinado à saúde estava congelado em cerca de 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB) desde 2015, o que limitava os recursos disponíveis para o sistema. Mesmo durante a pandemia, houve apenas uma pequena recuperação de recursos, que não foi suficiente para reverter completamente a situação (Souza, 2023).

Além disso, as medidas de distanciamento e isolamento social implementadas para conter a propagação do vírus tiveram um impacto direto e negativo na capacidade produtiva das famílias, resultando em um aumento significativo na taxa de desemprego ao longo de 2020. Isso, por sua vez, contribuiu para a ampliação dos índices de pobreza em todo o país (Souza, 2023).

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2021, realizada pelo Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística (IBGE), indicam um aumento significativo de aproximadamente 30% no número de brasileiros vivendo em extrema pobreza em comparação com 2019 e um crescimento de cerca de 41% em comparação com os dados de 2020 (Souza, 2023).

Entende-se que a consolidação do SUS precisa ampliar recursos para atender às demandas, investir e financiar esse nível de atenção e combater a desigualdade regionalmente. Viana *et al.*(2022) discutem que, em termos de financiamento e gastos em saúde, isso permanece insuficiente diante das ações elencadas; a deficiência dos recursos públicos disponibilizados para a saúde acarretará o crescimento das disputas na redistribuição, a intervenção e a influência de interesses específicos nas tomadas de decisão quanto à alocação dos setores, viabilizando a implantação de planos de privatização da cobertura por meio do modelo alternativo de equipes da ESF com resultados suspeitos da real efetivação para a organização da AB (Viana *et al.*, 2022a).

Desde a sua institucionalização, o SUS enfrenta vários desafios para concretização de seus princípios. A permanência da disputa entre as concepções de uma atenção primária abrangente e outra focalizada e as pressões do setor privado da saúde se constitui como obstáculos à universalidade e à integralidade do sistema de saúde. Diante disso, questiona-se:

o quanto a nova política de financiamento da APS tenciona para fortalecer ou não os princípios do SUS?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS é um dos pilares fundamentais do sistema de saúde brasileiro, que tem como objetivo primordial garantir o acesso universal, integral e equitativo à saúde para toda população do país. Essa missão é baseada em seus princípios doutrinários que orientam suas políticas, ações e estratégias. Além disso, o financiamento adequado é essencial para a efetivação desses princípios e para o funcionamento eficaz do sistema como um todo.

2.1 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

Promover saúde significa intervir socialmente na garantia dos direitos e nas estruturas econômicas que perpetuam as desigualdades na distribuição de bens e serviços. As políticas de saúde vêm no sentido de implementar estratégias governamentais que visam a corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades sociais (Pessini; Barchifontaine, 2008).

Matta (2007) traz em seu trabalho o significado da palavra Princípio, segundo o Dicionário Houaiss (Houaiss; Villar; Franco, 2001), o qual define princípio como o primeiro momento da existência (de algo), ou de uma ação ou processo; começo, início (...); o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, raz (...); ditame moral; regra, lei, preceito. Podem-se pensar os princípios do SUS como aquilo que serve de base, alicerce, para o sistema de saúde brasileiro; em contrapartida e ao mesmo tempo, tais princípios representam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde, um princípio que é estruturante e ao mesmo tempo é princípio moral (Matta, 2007).

A criação do SUS representou um avanço, sobretudo, em razão de seus princípios que determinavam o acesso de toda a população aos serviços de saúde e a participação dos cidadãos no processo de formulação de políticas de saúde e controle da execução delas. Integra desde o jeito de cuidar das pessoas, até o jeito de organizar o sistema. As ações e os serviços de saúde ofertados pela própria rede e os convênios que integram o SUS obedecem aos princípios: universalidade do acesso, integralidade e igualdade da Assistência (Linard *et al.*, 2011).

O SUS, maior política pública brasileira para viabilizar o direito a saúde, apesar de seus princípios doutrinários e organizativos bem demarcados, enfrenta constantemente desafios e limitações na concretização das ações e serviços necessários à efetivação deste direito. As dificuldades enfrentadas relacionam-se, sobretudo, ao financiamento do SUS e à heterogeneidade do País, o que enseja a deficiência do sistema que, diante da diversidade e dos

recursos limitados, não consegue concretizar o direito social em discussão de maneira satisfatória para a população (Dias; Silva, 2022).

Os princípios e diretrizes do SUS compõem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização (Matta, 2007). Dessa forma, os princípios e as diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: Universalidade, Equidade, Integralidade.

2.1.1 Princípio da universalidade

O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela CF como um direito de todos e um dever do Estado. Ao instituir o princípio da universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde, antes restritos aos indivíduos segurados à previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada (Siqueira *et al.*, 2011). Segundo o Art. 196, “[a] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1991).

Em consequência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas, muitos associam a noção de universalidade à de gratuidade. A universalidade pressupõe a ideia de direito, o que torna completamente inadequado o uso de qualquer menção ao conceito de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura (Matta, 2007).

O direito à saúde descrita na Constituição afirma que as condições de saúde da população são resultantes do contexto econômico e social brasileiro que não se reduz à compreensão biomédica do processo saúde/doença. Ou seja, para uma população atingir padrões aceitáveis de saúde, são necessárias, além de ações e serviços setoriais, políticas econômicas e sociais que assegurem a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento social (Cunha & Cunha, 2001).

Embora exista uma série de provocações referentes à implementação da universalidade nas diferentes localidades do território brasileiro, não se pode negar que desde a implantação do SUS houve o aumento do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, a diminuição das desigualdades regionais na utilização dos serviços de saúde e, portanto, a melhoria das condições de saúde do povo brasileiro (Marques; Mendes, 2007). Nesse sentido, é fundamental que a defesa desse direito seja imperativa.

Estudos pós-pandemia também reforçam o aumento do acesso da população ao sistema público de saúde. Os últimos dados da PNS confirmaram a forte dependência da população aos serviços públicos de saúde, uma vez que 71,5% das pessoas declararam não ter acesso a planos privados de saúde médicos ou odontológicos em 2019, patamar similar ao encontrado pela pesquisa em 2013. Essa dependência era ligeiramente maior para homens (72,6% contra 70,5% para mulheres), crianças e jovens (74,5%) e substancialmente maior para pessoas pretas ou pardas (quase 80% contra 61,2% para brancos). Entre aqueles sem instrução ou com fundamental incompleto, a dependência do SUS era de 84%, uma diferença abissal para aqueles com superior completo, em que pouco mais de 30% não tinham acesso aos planos de saúde privados. Tratam-se de desigualdades socioeconômicas que refletem desigualdades no acesso a serviços de saúde e que indicam a importância do sistema público como redutor de iniquidades (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

2.1.2 Princípio da equidade

O termo equidade não é citado na Lei 8.080, que regulamenta o SUS, e sim o princípio da igualdade. O momento de formulação do SUS foi caracterizado pela luta da redemocratização da saúde, quando as noções de cidadania e igualdade eram centrais (Lopes; Matta, 2014). O termo equidade aparece explicitamente na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) e no capítulo da Seguridade Social da Constituição Brasileira de 1988, relacionando-se, assim, com o financiamento e a distribuição de recursos na Saúde.

No contexto internacional, a equidade sempre foi destaque nas discussões para estabelecer prioridades na saúde. Na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, realizada em Ottawa em 1986, declarou-se que, para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social, deveriam ser estabelecidas prioridades aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis. Em 1997, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Jacarta, determinou que os tomadores de decisão devessem ser

comprometidos com a responsabilidade social, indo ao alcance de políticas e práticas que tenham como foco a equidade em saúde (Granja *et al.*, 2010).

A partir da indagação “O que significa garantir o direito de todos à saúde de forma igual, se os cidadãos (ou as populações) são sujeitos que possuem necessidades diferentes?” (Goldschmidt; Bonetti; Matielo, 2016), pode-se refletir sobre as diferentes necessidades de saúde que perpassam a vida dos brasileiros de diferentes regiões do país. O Brasil é composto por uma sociedade desigual. Tais desigualdades são expressas não apenas por questões relativas à renda, mas também por questões, demográficas, epidemiológicas, culturais, de gênero, de classes, étnicas, entre outras. Ou seja, um espaço propício para o exercício da equidade.

Granja traz a seguinte descrição:

“Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando no atendimento os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos” (Granja *et al.*, p.77, 2010).

O termo equidade tem servido a diversas interpretações: como oportunidades de acesso a serviços de saúde; de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular; de vida sadia ganha por unidade monetária utilizada, de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável; atendimento desigual a pessoas desiguais, que são interpretações baseadas no princípio da diferença, tratamento igual para os iguais e, desigual para os desiguais (Fortes, 2003). Além disso, o conceito remete à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do cidadão e do Estado (Almeida, 2002).

Conforme discutido por Almeida Filho (2020), a análise dos princípios da equidade em várias perspectivas leva a questionar a abordagem tecnocrática, especialmente na economia, em relação às desigualdades em saúde, consideradas um dos determinantes sociais da saúde. Essa reflexão é fundamentada na compreensão de que a saúde não pode ser tratada da mesma forma que o rendimento ou a riqueza, devido a restrições éticas e políticas às intervenções redistributivas no campo da saúde. Portanto, as desigualdades na saúde não podem ser abordadas por meio de políticas distributivas direcionadas, uma vez que a saúde não se adéqua a abordagens de redistribuição de recursos, como aquelas preconizadas pelas “políticas Robin Hood” (Franko; Tolbert; Witko, 2013), para a redistribuição de riqueza e renda, rendimento através da cobrança compulsória de recursos financeiros dos mais ricos e disponibilizados aos mais pobres através de subsídios, isenções, prestação de serviços gratuitos ou políticas públicas compensatórias (Almeida-Filho, 2020).

Para Neves (1999), a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, por meio de uma redistribuição diferenciada que atribua mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades.

Luiz (2005), ao discutir a agenda do Setor Saúde, mostra que o princípio da equidade encontra-se condicionado aos objetivos de eficiência, submetido aos “limites de caixa” e de custo-efetividade. As ações de saúde para os grupos específicos reduzem-se às políticas de focalização, para os mais pobres, e de privatização.

O princípio fundamental das políticas de saúde deve ser a equidade, visando assim, melhorar as condições de saúde e diminuir as disparidades na capacidade de atender às necessidades de saúde das diferentes regiões (Luiz, 2005).

Existe certo acordo em relação ao reconhecimento da ineficiência e da ineficácia dos gastos públicos, embora questões de equidade na saúde e focalização tenham gerado intenso debate. Por um lado, há visões que ligam a focalização à ideia de restringir direitos ao estabelecer um conjunto mínimo de ações a serem oferecidas pelo Estado exclusivamente à população mais carente. Por outro lado, algumas análises destacam que a focalização pode representar uma alternativa viável para lidar com a extrema pobreza e as disparidades sociais no Brasil, ao estabelecer prioridades de acesso para os segmentos mais vulneráveis nos programas sociais (Granja; Zoboli; Fracolli, 2013).

2.1.3 Princípio da integralidade

A Constituição de 1988 trouxe o princípio da integralidade como norteador do Sistema Único de Saúde, sendo entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1988). Dessa forma, a integralidade é um conceito que permite a identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir (Alves, 2017).

Dentro do contexto da saúde coletiva, a integralidade abrange uma diversidade de perspectivas, práticas e atitudes que vão além de ser apenas um princípio isolado do SUS, sendo mais bem compreendida como uma noção ou conceito coletivo. Ela se expande para incluir uma visão centrada no sujeito-usuário dentro de uma abordagem de cuidado que leve em conta todas essas dimensões, as quais são concebidas e experimentadas diariamente no cenário prático da assistência à saúde (Viegas; Penna, 2015a).

Em que pese o termo “integralidade” possuir um caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde no país, a integralidade é assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Mattos e Pinheiro (2001) categorizam três interpretações da ‘integralidade’ baseadas na origem desses movimentos: como um princípio da boa prática médica, como uma abordagem para organizar as práticas de saúde e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. No primeiro contexto, integralidade é vista como um valor fundamental da medicina, em que a preocupação é evitar a redução do paciente apenas ao aspecto biológico, buscando atender às suas necessidades além das demandas explícitas. Isso inclui uma abordagem cuidadosa para não apenas tratar os sintomas, mas entender o contexto completo do paciente e suas necessidades de saúde. Na segunda interpretação, “integralidade” é entendida como uma forma de reorganizar as práticas de saúde, promovendo uma abordagem mais holística e horizontal. Isso envolve a integração de diferentes programas de saúde e a coordenação entre demandas programadas e espontâneas, visando maximizar a eficiência e o alcance das intervenções de saúde. Por último, há uma perspectiva de “integralidade” relacionada às políticas de saúde específicas, que são desenvolvidas para lidar com problemas de saúde específicos ou atender às necessidades de grupos populacionais particulares. Isso implica em estratégias e intervenções adaptadas para enfrentar desafios específicos de saúde que afetam determinadas comunidades ou grupos de pessoas.

A implementação da integralidade como elemento central de uma política de saúde, visando efetivar a saúde como um direito de cidadania, implica a compreensão de sua execução através de dois movimentos interligados a serem promovidos pelos agentes envolvidos nos arranjos organizacionais da saúde: a transposição de desafios e a introdução de novidades no dia a dia dos serviços de saúde, nas interações entre os diferentes níveis de gestão do SUS e na interação destes com a comunidade (Pinheiro, 2009).

A busca pela integralidade como objetivo da promoção de uma cidadania centrada no cuidado se refere à prática abrangente de cuidar, na qual as atividades de saúde são fundamentais como elementos político-organizacionais, formas de promover inovações e novas abordagens de atenção aos usuários do SUS. A integralidade como meta na construção de uma cidadania do cuidado ocorre através de uma abordagem democrática de atuação, caracterizada por uma integração do conhecimento prático, em um processo de cuidado fundamentado em

uma relação de comprometimento ético-político, baseada na sinceridade, responsabilidade e confiança entre os sujeitos envolvidos, que são indivíduos reais, concretos, com aspirações de bem-estar (Pinheiro, 2009).

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (Teixeira, 2011).

Viegas e Penna(2015) apontam como dimensões da integralidade em saúde: cuidar da pessoa conforme sua necessidade, em um atendimento integral e intersetorial; sua concretização depende da organização dos serviços e das práticas em saúde, da definição de políticas de saúde e sociais de forma integrada. Essas dimensões são essenciais para a materialização da saúde como direito e como bem diante das demandas, que devem ser ouvidas e atendidas na operacionalização dos Serviços de Saúde.

A integralidade e o cuidado em saúde são tarefas intersetoriais e só podem ser pensadas quando o nível primário consegue se articular adequadamente, em forma de rede, com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído (Viegas; Penna, 2015).

2.2 HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DA APS

O Brasil é uma República Federativa composta pela União, 26 estados, 5.570 municípios e o Distrito Federal. A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos (art. 196), determinando que o financiamento desse direito seja compartilhado entre os diferentes níveis de governo (art. 197). Além disso, a organização do sistema de saúde deve ser regionalizada, hierarquizada e integrada, configurando um sistema único, descentralizado, abrangente e com participação ativa da comunidade (art. 198). Em suma, a Constituição de 1988 estabeleceu um modelo de financiamento tripartite para a saúde, inserido em um contexto de federalismo cooperativo (Mendonça, 2022).

Em virtude das disparidades regionais, econômicas, sociais e políticas, o SUS, desde sua instituição, revela-se incapaz de alcançar uniformidade entre os estados e municípios

(Mitros, 2022). Em meio a crises multidimensionais, já no governo de Itamar Franco, foram instituídas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), respectivamente nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996. Cada uma delas com o incremento de regras sobre a alocação de recursos e a responsabilidade dos gestores (Preuss, 2018). A NOB 01/93, por exemplo, foi a primeira a definir o processo de descentralização por meio das modalidades de gestão (âmbito municipal e estadual) e criar espaços de coordenação e pactuação entre os gestores via Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 1993); contudo, foi apenas a partir da NOB 96, implementada só em 1998, que o processo de descentralização realmente obteve um avanço no território nacional.

Na medida em que foi se construindo um novo modelo assistencial, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família como ações estratégicas da AB, sendo tais ações incorporadas na então NOB 96 (Carvalho, 2022). Essa NOB, além de ter conquistado avanços no âmbito da descentralização e incorporado duas ações estratégicas que resultariam em grande impacto no acesso à saúde da população brasileira, também criou o Teto Financiamento Global do Município. Entre as receitas contidas nesse teto, constava o Piso Assistencial Básico (PAB), permitindo avanços na ampliação e no acesso a este nível de atenção por meio de transferências intergovernamentais (Mendonça, 2022). Essa norma operacional estabeleceu novos mecanismos de transferências, além de determinar a participação dos governos estaduais e municipais para cada recurso recebido da esfera federal.

Antes da criação do PAB, a distribuição de recursos para a AB era centralizada aos municípios com maior capacidade de oferta, a partir de sua produção de serviços. Ou seja, quanto maior o número de postos de saúde e estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais, maior seria a possibilidade de os municípios receberem recursos a partir do faturamento de consultas e procedimentos (Giovannella, 2020). Os municípios de menor porte e/ou os mais pobres, por exemplo, apresentavam dificuldade em prestar uma assistência básica à saúde, por insuficiência de recursos próprios para dispor de serviços de acordo com as necessidades da população local (Melamed; Costa, 2003).

Com a NOB 96, os municípios começaram a receber um valor fixo, *per capita*, para organizar e manter as ações básicas, denominado PAB-fixo, e uma parte variável, para a implementação de programas, como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por exemplo, chamado de PAB-variável. Os municípios eram responsáveis por essas ações, e o detalhamento dos procedimentos custeados eram propostos na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e votados no Cadastro Nacional de

Saúde (CNS) (Brasil, 1996). A implantação do Piso de Atenção Básica garantiu a transferência regular e automática de recursos e possibilitou a introdução de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde (Melamed; Costa, 2003).

Assim, a garantia de financiamento, por meio do PAB, favoreceu algo fundamental no processo de descentralização do SUS: os municípios se tornaram responsáveis pela assistência à saúde dos seus habitantes. Isso foi uma grande mudança institucional, política e financeira (Castro *et al.*, 2018). Marques e Mendes (2003) relatam um aumento nos recursos federais para a AB ocorridos dos anos de 1998 a 2001, de 15,68% para 25,06%. Especificamente em relação ao PAB variável, esse mesmo estudo destaca o crescimento passando de 2,38% para 12,23% do total de recursos federais.

Em relação à implantação do Programa Saúde da Família, o qual em virtude do seu sucesso passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família, houve a ampliação da oferta de serviços, principalmente nas áreas periféricas e rurais, trazendo a possibilidade da integralidade da assistência à saúde. Quanto à dimensão técnico-assistencial, destaca a importância do trabalho multidisciplinar, do acolhimento, da humanização e do enfoque familiar relacionado a um melhor desempenho. Em relação à dimensão político-institucional, a estratégia foi mantida por mais de 20 anos com a expansão do acesso e ampliação da capacidade de garantir continuidade dos cuidados primários (Arantes; Shimizu; Hamann, 2016).

Estudos apontam que uma parte significativa dos avanços observados no SUS é atribuída à implementação e à expansão do modelo de Saúde da Família em todo o país. Esse modelo é caracterizado pela formação de equipes multiprofissionais que trabalham nas esferas individual, familiar e comunitária do cuidado à saúde, abordando uma ampla gama de situações e necessidades de saúde, independentemente de pertencerem a grupos populacionais específicos. A presença das equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família complementa esse modelo, contribuindo para a implementação de práticas mais eficazes e alinhadas com as demandas de saúde do território (Mendonça *et al.*, 2023).

Apesar dos avanços relacionados ao financiamento, as transferências federais via PAB nunca foram consideradas suficientes para manter o custeio completo das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, os municípios passaram gradativamente a custear cada vez mais as despesas diante do valor insatisfatório repassado pelo Governo Federal (Sousa; Hamann, 2009).

Apenas em 2000, 12 anos após a CF, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC/29) que definiu a aplicação de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos entes federados. Enquanto estados e municípios se tornaram obrigados a gastarem um mínimo

percentual de suas receitas próprias, sendo 12% e 15%, respectivamente, a União deveria aplicar o apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (Brasil, 2000). Isso permitiu uma maior estabilidade no financiamento do SUS.

O aumento substancial na receita disponível dos municípios em comparação com o total das três esferas governamentais ocorre especificamente entre 1999 e 2000, indo de 12,8% em 1999 para 17,9% em 2000. Durante esse intervalo, houve um pequeno aumento na receita disponível para o governo federal, subindo de 55,8% para 57,6% (Mendes; Marques, 2014). Segundo estudo realizado por Vasconcellos (2013) os municípios, arcam na prática, com cerca de 70% do financiamento da Atenção Básica em nível local (Vasconcellos, 2013).

Apesar do avanço da NOB96 em promover a descentralização, esse processo evidenciou as desigualdades de condições dos municípios brasileiros, fato que demandava pensar não apenas no território municipal como local estratégico de ações de saúde, mas também no espaço regional. Dessa forma, em 2001/2002, o Ministério da Saúde publica a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que, embora tenha suscitado grandes desafios, ampliou e possibilitou a reorganização do sistema através do Plano Diretor de Regionalização e do Plano Diretor de Investimentos (Brasil, 2001). Vale ressaltar que foi em 2001 que o PAB variável passou a incorporar também as equipes de saúde bucal.

As NOAS não detalharam de forma efetiva os instrumentos técnicos e operacionais, fato que contribuiu para que grande parte do que estava proposto nos planos não fosse operado. Nesse sentido, em 2006, foi implementado, o Pacto pela Saúde (Faria, 2020), trazendo novas pactuações sobre a definição de responsabilidades, metas, formas de financiamento. O pacto estava organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão para consolidação do SUS. No pacto de gestão, entre outras coisas, foram estabelecidos pela portaria 204/2007 os cinco blocos de financiamento, sendo um deles o da atenção básica (Brasil, 2006).

Concomitante a isso, o ano de 2006 também foi marcado pela publicação da política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com o intuito de fortalecer as ações de atenção básica em todo o território nacional. A Atenção Básica à Saúde foi estabelecida com o propósito de desenvolver uma assistência universal e integral que impacte a situação de saúde, a autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, compreendendo, assim, um conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde em âmbito individual e coletivo (Mendonça, 2022).

A PNAB de 2006 descreveu o processo de trabalho das equipes, a composição e a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho, infraestrutura e recursos necessários, além de estabelecer as responsabilidades de cada nível de governo e discorrer sobre o seu financiamento. No que se refere ao financiamento, ainda se mantinha o PAB fixo e o PAB variável que ampliou o financiamento para outras ações estratégicas: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais (revogado em 2013), Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário (Carvalho, 2022).

Em 2011, uma nova versão da PNAB é publicada e nela são intensificadas as estratégias de financiamento do setor (Mendonça, 2022). O componente variável do PAB se amplia ainda mais sendo composto pelas seguintes ações:

- Equipes de Saúde da Família
- Equipes de Saúde Bucal
- Agentes Comunitários de Saúde
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- Consultórios na Rua
- Saúde da Família Fluvial e Ribeirinha
- Atenção Domiciliar
- Programa Saúde na Escola (PSE)
- Microscopistas
- Academia da Saúde

Sobre o componente fixo, são consideradas as desigualdades regionais para o cálculo do valor *per capita* e um componente de qualidade também é estabelecido para o repasse de recursos: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (Brasil, 2011a). Isso significa que pela primeira vez equipes na Equipe de Saúde da Família (eSF) puderam ter recursos específicos, contando que conseguissem um desempenho comparável aos das eSF (Massuda, 2020).

Em relação ao componente estrutural, houve uma maior robustez por meio do Requalifica UBS. Foram previstos recursos que equivaleriam a 5,5 bilhões destinados à realização de 8.349 reformas de UBS, 8.500 ampliações e 8.506 construções em mais de 5 mil municípios (Brasil, 2011a).

O ano de 2011 também foi marcado pela alteração normativa do SUS por meio da publicação do decreto 7.508/2011. Entre as razões que justificaram a publicação do decreto encontram-se a necessidade de avançar na transparência da gestão do SUS; maior segurança

jurídica nas relações interfederativas; o maior controle social; e a necessidade de maior explicitação de alguns conceitos, tais como: regionalização, integralidade e redes de serviços (Brasil, 2011b).

No ano seguinte, um novo marco do financiamento do SUS entra em cena. A Lei Complementar nº 141, do dia 13 de janeiro de 2012, regulamenta EC 29 reafirmando os investimentos dos diferentes entes federativos (Brasil, 2012). Após a frustrante derrota do movimento saúde + 10, uma nova emenda constitucional (EC86/2015) é apresentada alterando o financiamento federal, o qual passa a ser 15% da receita corrente líquida.

Entre os anos de 2002 e 2016, os recursos *per capita* foram de R\$45,03 e chegaram a R\$81,20. Embora o objetivo desse financiamento buscasse compreender todos os serviços e as ações da AB, os valores desde o início foram abaixo do ideal. As análises relacionadas aos recursos variáveis demonstraram um financiamento fragmentado, restringido as decisões locais a determinados programas. Entretanto, essa modalidade de financiamento favoreceu a redistribuição de recursos para as regiões mais carentes (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018). Ainda que os recursos fossem insuficientes, o esforço do governo federal em garantir uma maior contribuição de investimentos para a Atenção Básica foi observado (Castro *et al.*, 2018).

Durante os anos de 2014 e 2015, o Brasil testemunhou o surgimento de uma séria crise política e econômica, com repercussões significativas sobre o SUS. No âmbito da Atenção Básica (AB), é relevante mencionar a promulgação, em 2014, de uma lei federal estabelecendo um salário-mínimo e exigindo a contratação exclusivamente por meio de vínculos diretos para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), um ônus particularmente pesado para os municípios, que têm a responsabilidade pela contratação desses profissionais (Melo *et al.*, 2018).

Além disso, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que congelou os gastos com saúde e educação por 20 anos, permitindo ajustes apenas com base na inflação. Durante esse período, o então ministro da saúde adotou uma retórica de eficiência econômica, defendendo a introdução de planos de saúde privados acessíveis e a desregulamentação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse contexto, e em resposta a numerosos protestos, foi acordada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB (Melo *et al.*, 2018).

Em 2017, a terceira revisão da PNAB, foi precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e a incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento

do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento (Melo *et al.*, 2018).

Almeida *et al.*(2018) descrevem uma síntese das principais mudanças ou inovações incorporadas à PNAB em 2017, sendo algumas delas:

- Mantém-se o financiamento das equipes de saúde de família como prioritário e passa-se a financiar, com valor inferior, as eAB;
- Introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos entes e de todos os profissionais;
- Reconhece-se a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção como novo membro da equipe, com previsão de apoio financeiro federal;
- ACE pode ser incluído na equipe de saúde da família;
- eAB deve seguir parâmetros da equipe de saúde da família, sendo facultado compor com ACS e ACE;
- ACS obrigatório na ESF, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe; facultativo na eAB;
- É facultado ao gestor possibilitar que o usuário se vincule a mais de uma UBS.

Após discussões entre os municípios e o Ministério da Saúde acerca da alocação dos recursos federais, foram analisados novos métodos para a melhor execução dos repasses financeiros, instituindo, assim, em 2019, através da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, um novo modelo misto de cofinanciamento federal para a Atenção Básica, intitulado Previne Brasil (Viana *et al.*, 2022b). Esse modelo rompeu com o PAB e propôs como eixos de financiamento (Brasil, 2019):

Capitação Ponderada: Forma de repasse financeiro da Atenção Primária às prefeituras e ao Distrito Federal, cujo modelo de remuneração é calculado com base no número de pessoas cadastradas.

Pagamento Por Desempenho: Nesse componente, a definição do valor a ser transferido mensalmente depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP). Cabe ressaltar que tais indicadores só são apresentados posteriormente à publicação da Portaria nº2.979/2017.

Incentivos a Ações Estratégicas: Correspondem a ações estratégicas que abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses

incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde. São elas:

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipe 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);
- 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;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Incentivo por Critério Populacional: Este é o único componente ausente na portaria que originou o PPB. A reintrodução do pagamento baseado na população ocorreu somente em 2021 através da Portaria nº166, de 29 de janeiro. Esta portaria manteve a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas, mas introduziu o incentivo financeiro com base na população, ou seja, por habitante do município. Esse incentivo populacional foi calculado multiplicando o valor *per capita* anual de R\$5,95 pela estimativa da população dos municípios e do Distrito Federal, conforme fornecido pelo IBGE.

É importante salientar que o Previn Brasil surgiu em um cenário de crise e de reformas nacionais com notável impacto sobre políticas sociais, incluindo repercussões à saúde da população, agravadas pelas medidas de austeridade fiscal. O SUS, desde o início de sua implementação, sofre problemas crônicos de financiamento, que foram ampliados nos últimos anos diante da intensificação de reformas calcadas na austeridade fiscal e na restrição aos gastos públicos (Melo *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a evolução normativa do Programa Previne Brasil (PPB) na gestão da Atenção Primária e suas implicações nos princípios doutrinários do SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sistematizar as portarias segundo os eixos de financiamento estabelecidos pelo Previne Brasil.
- Analisar o conteúdo das portarias de acordo os eixos de financiamento do PPB.
- Compreender como essas alterações reforçam ou não os princípios doutrinários do SUS.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a análise documental como fonte de dados. Utilizada com frequência em estudos nas mais diferentes áreas, a Análise Documental é, conforme expressa Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 5), “[...] um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos” (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

Segundo Martins e Bicudo (2005) e Minayo *et al.* (2000), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado; sua abordagem aprofunda-se no mundo dos significados das ações, das atitudes, emoções, aspirações, crenças e das relações humanas, fenômenos esses que não podem ser compreendidos por meio de operacionalização de variáveis, equações e médias estatísticas.

Os documentos foram obtidos por meio do Sistema Saúde Legis, Sistema de Pesquisa de Legislação que reúne os atos normativos do SUS, no âmbito da esfera federal. Para a seleção dos documentos foram seguidas algumas etapas. Na primeira etapa, foram identificadas 19 portarias, sendo estas selecionadas segundo os seguintes critérios: a) tipo de ato normativo: portaria ministerial (PRT), pois são os instrumentos normativos historicamente utilizados pelo governo federal para promover mudanças e ajustes nas políticas públicas de saúde; b) data da publicação: 12/11/2019 a 31/12/2022 (data de publicação do PPB até o fechamento do ano de 2022, ano em que o programa passou a ser implementado integralmente); c) origem: Gabinete do Ministro (GM), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e Ministério da Saúde (MS); d) Assunto: Previne Brasil. Na segunda etapa, realizaram-se leitura das ementas e identificação dos atos normativos relacionados ao PPB. Na terceira etapa, procedeu-se à leitura na íntegra dos documentos.

Outra fonte de busca ocorreu pelas próprias portarias que mencionavam em seu conteúdo outras que não haviam sido captadas pelo Saúde Legis; nessa etapa, foram identificadas mais 11 portarias. Tais portarias também foram lidas na íntegra, e verificou-se se versavam sobre o PPB.

O processo de busca resultou em 30 portarias, as quais foram enumeradas conforme ordem de publicação, lidos na íntegra e separados em quatro eixos de análise: Capitação ponderada, pagamento por desempenho, adesão a ações estratégicas e pagamento por critério populacional. Inicialmente foi produzida uma síntese das portarias com o objetivo de verificar seu conteúdo e classificá-la em um ou mais eixos. Feito isso, foi realizada a análise de conteúdo de cada uma das portarias, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a

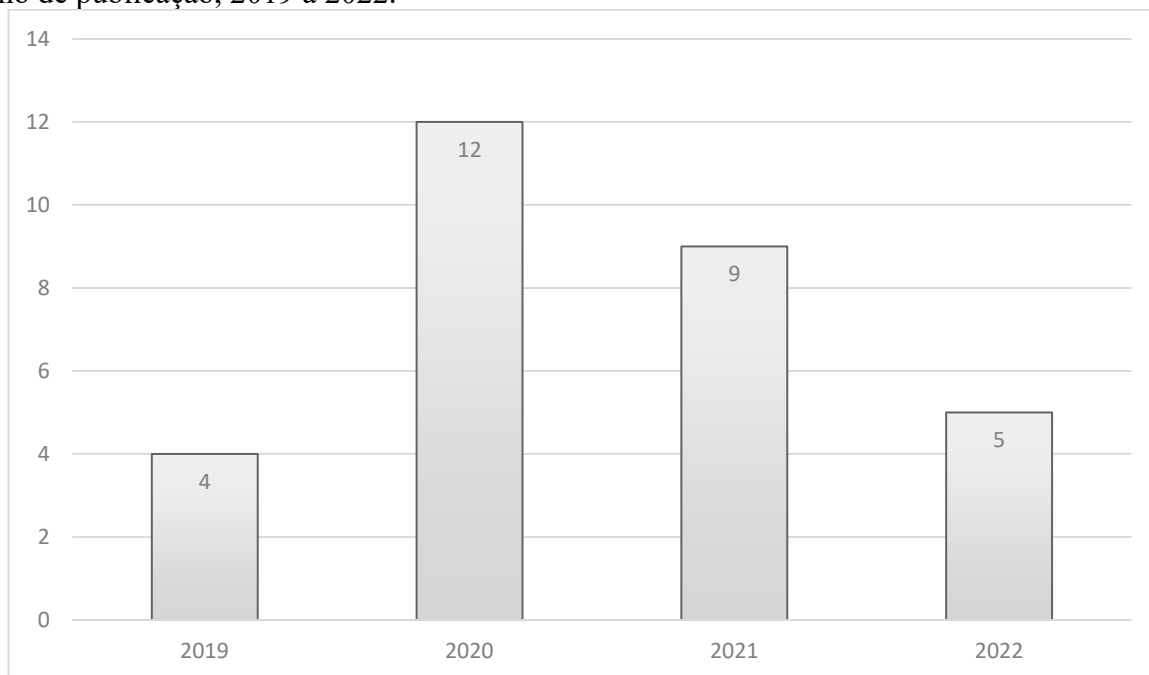
comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2009, p. 105). Tais núcleos de sentido foram confrontados com os princípios doutrinários do SUS tendo como propósito revelar o quanto os conteúdos reforçam ou fragilizam tais princípios.

Destaca-se que, por se tratar de uma pesquisa que utilizou documentos e dados secundários disponíveis publicamente em sistemas de informação, não foi necessário submeter o projeto deste estudo a um comitê de ética e pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

Desde a publicação da portaria que implantou o PPB até o ano de 2022, 30 portarias foram publicadas promovendo ajustes na operacionalizada da política de financiamento. A figura abaixo apresenta a totalidade de portarias publicadas referente ao PPB por ano de publicação.

Figura 1– Quantitativo de portarias publicadas referente ao Programa Previne Brasil por ano de publicação, 2019 a 2022.



Fonte: Elaboração própria, 2024

Observa-se na Figura 1 que o ano de 2020 apresentou o maior número de publicações (12), seguido de 2021 (9). Posteriormente, o Quadro 1 sistematiza as portarias por eixo e ano de publicação, podendo a mesma portaria estar presente em mais de um eixo caso.

Quadro 1- Distribuição das alterações normativas do Previne Brasil por ano de análise 2019 a 2022

Eixos	2019	2020	2021	2022
Captação ponderada	(3 Portarias) 2.979 3.263 3.883	(9 Portarias) 169 172 173 29 42 1.696 47 2.632 59	(6 Portarias) 166 985 214 1.221 3.194 2.254	(2 Portarias) 1.147 3.832
Pagamento por Desempenho	(2 Portarias) 2.979 3.222	(3 Portarias) 1.740 2.713 3830	(6 Portarias) 166 4 214 1.221 3.194 2.254	(4 Portarias) 102 1.147 3.832 4.309
Ações estratégicas	(1 Portaria) 2.979	-	(5 Portarias) 166 214 1.221 3.194 2.254	(2 Portarias) 1.147 3.832
Critério populacional	-	-	(5 Portarias) 166 985 238 2396 2.254	(1 Portaria) 26

Fonte: Elaboração própria, 2024

Considerando o Quadro 1, verifica-se que o eixo de captação ponderada (20 portarias) foi o eixo que concentrou o maior número de publicação de normas. O eixo Pagamento por Ações Estratégicas não apresentou publicação no ano de 2020. Quanto ao eixo de pagamento por critério populacional, este passou a fazer parte do regramento de financiamento apenas a partir de 2021.

5.1 EIXOS DE ANÁLISE

No que se referem ao conteúdo das portarias, esses são apresentados por eixos de análise.

Quadro 2– Sistematização das normas que estabelecem a nova política de financiamento da APS por eixo e conteúdo.

Eixos	Conteúdos
Capitação ponderada	<ul style="list-style-type: none"> Definição do regramento por capitação ponderada. - Instituição de incentivo para cadastramento. - Atualização do financiamento de eAP. - Instituição e definição dos municípios que irão receber do incentivo por fator de correção. - Definição de metas para alcance dos cadastros. - Prorrogação dos prazos de cadastramento. - Definição do regramento por pagamento por desempenho. - Definição dos indicadores de desempenho. - Definição do método de cálculo dos repasses por pagamento por desempenho.
Pagamento por desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do prazo mensal de envio dos dados. - Estabelecimento de alcances graduais dos indicadores. - Instituição de incentivo para os municípios que atingiram a meta. - Prorrogação gradual do alcance dos indicadores.
Adesão a ações estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição e definição dos municípios que irão receber do incentivo por fator de correção. - Definição das ações estratégicas. - Instituição e definição dos municípios que irão receber do incentivo por fator de correção.
Critério populacional	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do regramento para o pagamento por critério populacional. - Prorrogação do regramento de incentivo por critério populacional. - Atualização do pagamento pela nova estimativa de população.

Fonte: Elaboração própria, 2024

5.1.1 Capitação ponderada

O eixo da capitação ponderada foi o que concentrou o maior número de portarias. A Portaria nº 2.979 instituiu o Programa Previne Brasil e estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. São descritos o cálculo para a definição dos incentivos, para fins de repasse e o valor do incentivo. Definiu-se o valor dos incentivos financeiros baseando-se na população cadastrada

por ESF e Equipe de Atenção Primária (eAP); na vulnerabilidade socioeconômica da população; o perfil demográfico por faixa etária, e classificação geográfica.

Para o repasse do incentivo, foi considerada a população cadastrada na ESF e na EAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal, e o valor da capitação ponderada foi dado por pessoa cadastrada, considerando-se critérios de vulnerabilidades ou perfil demográfico. O valor do incentivo financeiro da capitação ponderada foi estipulado por transferências mensais e recalculado simultaneamente para todos os municípios ou Distrito Federal a cada 4 competências financeiras. A transferência do incentivo financeiro de custeio referente à capitação ponderada está condicionada ao credenciamento das ESF e EAP, ao cadastro das equipes no SCNES e à ausência de irregularidades, como a verificação de ocorrência de fraude ou informação irregular de cumprimento de metas e indicadores.

A Portaria 2.979 também traz os critérios para a suspensão dos incentivos financeiros, havendo: irregularidades praticadas pela ESF e EAP, equipes incompletas por um período determinado ou ausências das mesmas ou casos em que haja verificação de danos ao erário.

Com o objetivo de estimular o processo de cadastramento, em 11 de dezembro de 2019, foi publicada a Portaria nº 3.263, que estabeleceu o incentivo financeiro para ações de cadastramento dos usuários, tendo como finalidade estimular estratégias para realização e atualização do cadastro dos usuários no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB). Ainda em dezembro, a Portaria nº 3.883 ajustou o financiamento das eAP da seguinte maneira: Modalidade I (20h): transferência mensal equivalente a 50% do incentivo financeiro referente à eSF Modalidade 2 (30h): transferência mensal equivalente a 75% do incentivo financeiro referente à eSF.

No ano seguinte, a primeira portaria (Portaria nº 169/2020) apresenta o novo valor *per capita* para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada tendo como base anual equivalente ao valor de R\$50,50 por pessoa cadastrada.

Considerando as profundas disparidades no cadastramento da população entre os municípios brasileiros, o que resultava em perdas ou ganhos de receitas em alguns deles, foram publicadas as Portarias nº 172, de 31 de janeiro de 2020, que divulgaram os municípios com manutenção ou aumento nos valores a serem transferidos, e a Portaria nº 173, que tratou dos municípios com redução nos valores a serem transferidos em comparação com os valores de 2019, relativos ao Piso.

Para isso, foi estabelecido um valor de incentivo financeiro para essa fase de transição a ser repassado nas doze competências financeiras do ano de 2020, não interferindo aos outros incentivos anteriormente estabelecidos. Para os municípios descritos nessa portaria, não foi

aplicado o descredenciamento automático previsto na PNAB, sendo prorrogado o prazo até dezembro de 2020.

Na sequência, o que se observa é uma série de portarias que prorrogam os prazos de cadastramento. A Portaria nº 29, de abril de 2020, prorrogou o prazo da etapa de transição da capitação ponderada até a competência financeira de julho de 2020; posteriormente a Portaria nº 42, de 16 de julho de 2020, prorrogou para agosto de 2020. Por sua vez, a Portaria nº 47, de 28 de agosto de 2020, prorrogou para outubro de 2020 e a Portaria nº 59/2020, considerando o contexto da pandemia, estendeu o prazo para a competência financeira de dezembro de 2020.

No sentido de estabelecer metas de cadastramento, são publicadas as Portarias 1696/2020, que definiu que os municípios e DF deveriam atingir até agosto de 2020 70% da meta de cadastro proporcional ao quantitativo de equipes estabelecidas, e a Portaria nº 2632, de 2020, que aumentou o prazo para o alcance da meta de agosto para dezembro.

Em 2021, com o país vivendo o auge da curva epidêmica, a dinâmica de prorrogações se manteve. A Portaria nº 166 propôs o pagamento referente a 100% dos cadastros até abril de 2021; já a Portaria nº 985/2021 estendeu para até agosto de 2021. Ainda na portaria 166 foi também proposto o incentivo do fator de correção. Destaca-se que o incentivo financeiro do fator de correção era transferido somente aos municípios que apresentavam necessidade de adequação do valor após a comparação entre os valores recebidos em 2019 e a simulação dos valores a serem recebidos no ano de 2021.

O incentivo financeiro do fator de correção proposto pela Portaria nº 166/2021 caracteriza-se pelo estímulo que era transferido somente aos municípios que apresentavam necessidade de adequação do valor após a comparação entre os valores recebidos em 2019 e a simulação dos valores a serem recebidos no ano de 2021. Três portarias definiram a relação dos municípios que faria jus a esse incentivo por quadrimestre (Portaria nº 214, 1.221 e 3.194).

Por meio da Portaria nº 2.254/2021 do Ministério da Saúde, altera-se o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde, atualizando a política de implantação do PPB de 2019. A partir da competência de agosto de 2021, o parâmetro de transferência do componente deixa de ser a Meta Potencial de Cadastro (parâmetro vigente desde janeiro de 2020), passando a ser o quantitativo de cadastros válidos de cada município; manutenção da Meta Potencial de Cadastro não limitada pela população registrada nas estimativas do IBGE; instituição de uma *per capita* anual a partir da vigência de 2022 (até a competência de dezembro de 2021 os municípios recebem o incentivo com base em critério populacional); inclusão das Equipes de Consultório de Rua, EqSF Ribeirinhas e eAP Prisional, que podem ter seus cadastros computados;

contabilização dos cadastros excedentes das EAPs e EqSFs dos municípios com o total da população cadastrada superior ao quantitativo potencial de cadastro e que atingirem nota igual ou superior a sete no ISF; estabelecimento de uma compensação financeira para os municípios que não atingirem o potencial de cadastro, calculada a partir da diferença entre o volume de cadastros efetivos e a meta potencial; ampliação da ponderação da classificação geográfica dos municípios intermediário e rural adjacente de 1,45 para 1,45455; registro da metodologia de comparação entre os valores do Previne Brasil e aqueles recebidos pelos municípios de 2019, sendo que a metodologia de cálculo ratifica a utilizada para classificação dos municípios em dois grupos de recebimentos no exercício de 2020, mantendo os parâmetros para a projeção que indicam um resultado de um suposto superávit em relação aos recebimentos da competência de 2019, inclusive desconsiderando a inflação dos períodos.

A partir de 2022, mais duas portarias são publicadas, apresentando os municípios que terão direito ao fator de correção referente ao primeiro quadrimestre (Portaria nº 1147/2022) e ao segundo quadrimestre (Portaria nº3832/2022).

5.1.2 Pagamento por desempenho

No que se refere ao pagamento por desempenho, foi a Portaria nº 2.979/2019 que apresentou essa forma de repasse como uma nova modalidade de financiamento das ações de APS. Porém, foi na Portaria nº 3222/2019 que os indicadores para o ano de 2020 foram apresentados, sendo eles:

I- proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;

II- proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

III- proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

IV- cobertura de exame citopatológico;

V- cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;

VI- percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;

VII- percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

No ano de 2020, considerando o advento da pandemia da Covid-19, publicou-se uma Portaria (1740/2020) a qual estabelecia o pagamento por desempenho referente ao resultado potencial de 100% do alcance dos indicadores por equipe do DF e municípios cadastrados na Portaria nº 172 de 31 de janeiro de 2020, sendo o pagamento realizado até dezembro de 2020.

No mesmo ano, a Portaria nº2713/2020 estabeleceu o método de cálculo do incentivo financeiro federal do pagamento por desempenho para cada município e Distrito Federal, sendo a multiplicação entre:

I- Quantitativo de equipes homologadas e com cadastro válido para custeio no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em ao menos uma competência financeira do quadrimestre avaliado;

II- Percentual do Indicador Sintético Final (ISF) obtido pelo município ou Distrito Federal no quadrimestre avaliado a partir do envio da produção das equipes via Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e

III- Valor por tipo de equipe, de que trata o art. 3º desta Portaria.

Em 2021, a Portaria nº4 de 2021 definiu até o décimo dia útil do mês subsequente como prazo para o envio dos dados de produção da Atenção Primária à Saúde .

Na mesma linha da Portaria nº 1740/2020, a Portaria nº166 estabelece o pagamento equivalente ao resultado potencial de 100% do alcance do Indicador Sintético Final do município ou Distrito Federal, nas 8 (oito) primeiras competências financeiras do ano de 2021. Houve também a Portaria nº3830/2020, que instituiu, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho.

Em 2021, a portaria nº 2.254, de setembro, estabelece que o recálculo seja realizado e subsidiará o custeio do incentivo do pagamento por desempenho das 4 (quatro) competências financeiras subsequentes. No caso de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a uma nova homologação, o subsídio será transferido mensalmente.

Como já mencionado no eixo de capitação ponderada, as Portarias de nº 214.2021, nº1221/2021, nº3194/2021, nº1147/2022 e nº3832/2022 apresentavam os municípios que teriam direito ao fator de correção. Vale ressaltar que tais portarias também são mencionadas nesse eixo, visto que o pagamento por desempenho também interfere no cálculo que determinava a relação dos municípios que teriam ou não perda de recursos.

Em 21 de janeiro de 2022, a Portaria nº102 altera a Portaria nº3.222/2019 e define novos indicadores para o ano de 2022:

I- proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;

II- proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

III- proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

IV- proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

V- proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza do tipo b e Poliomielite inativada;

VI- proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, e

VII- proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Além disso, a portaria também estabeleceu o alcance gradual dos indicadores por quadrimestres. No primeiro quadrimestre de 2022 foi considerado o alcance real para as metas dos indicadores elencados nos incisos I e II. No segundo quadrimestre foram considerados os percentuais de alcance real dos indicadores elencados nos incisos I, II, III, IV e V. E no terceiro quadrimestre foi considerado o percentual de alcance real de todos os 7 (sete) indicadores.

As Portarias nº1147 e nº3832, como já mencionado no eixo de capitação ponderada, propõem o incentivo de fator de correção. Tais portarias também são mencionadas nesse eixo, visto que o pagamento por desempenho também interfere no cálculo que determinava a relação dos municípios que teriam ou não perda de recursos.

Ainda no sentido de minimizar as perdas de recursos e conferir maior tempo de transição das regras aos municípios, a nº4309 alterou a Portaria nº3.222/ 2019 e expandiu as regras de alcance real dos indicadores do segundo para também o terceiro quadrimestre. Dessa forma, ficou revogado o trecho que considerava o alcance real para os sete indicadores.

5.1.3 Incentivo para ações estratégicas

Em relação às ações estratégicas, a portaria que criou o PPB (Portaria nº 2979/2019) definiu também o cadastro em alguns programas estratégicos como forma de repasse de recursos aos municípios e DF. As ações estratégicas contempladas com custeio são:

I - Programa Saúde na Hora;

II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);

III- Unidade Odontológica Móvel (UOM);

IV- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

V- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);

VI- Equipe de Consultório na Rua (eCR);

VII- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);

- VIII- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX- Microscopista;
- X- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- XI- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- XII- Programa Saúde na Escola (PSE);
- XIII- Programa Academia da Saúde;
- XIV- Programas de apoio à informatização da APS;
- XV- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- XVI- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e
- XVII- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Também são destacadas nesse eixo portarias mencionadas em eixos anteriores, tais como a Portaria nº166/2021, visto que ela manteve o incentivo para ações estratégicas, sendo também isso também considerado como critério para o cálculo do incentivo financeiro por fator de correção. E a portaria 2.254/2021 que inclui equipes de Saúde da Família Ribeirinha, equipes de Consultório na Rua e equipes de Atenção Primária Prisional, custeadas com incentivo financeiro federal para ações estratégicas.

Na mesma lógica dos eixos anteriores, as Portarias nº 214.2021, nº1221/2021, nº3194/2021, nº 1147/2022 e nº3832/2022 são também citadas nesse eixo por tratarem dos municípios que receberiam os recursos do incentivo financeiro por quadrimestre.

5.1.4 Pagamento por critério populacional

Este é o único eixo não apresentado na portaria que deu origem ao PPB. A retomada do pagamento por critério populacional ocorreu apenas em 2021 por meio da Portaria nº166 de 29 de janeiro. Esta portaria manteve a capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, mas inclui o incentivo financeiro com base em critério populacional, ou seja, por habitante do município. O incentivo com base no critério populacional correspondeu ao valor per capita anual de R\$5,95 multiplicado pela estimativa da população dos municípios e Distrito Federal, de acordo com o IBGE. A Portaria nº 238 estabeleceu os valores do incentivo financeiro com base em critério populacional referente às 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2021.

A portaria 2.254, de setembro de 2021, define o cálculo da estimativa populacional divulgada pelo IBGE para aquele ano. A Portaria nº 985, de maio 2021 e a Portaria nº 2396 de setembro do mesmo ano prorrogaram para o prazo dos incisos III do art. 2º da Portaria GM/MS nº166, referente às regras para transferência dos incentivos financeiros por critério populacional. Por fim, em janeiro de 2022 foi publicada a Portaria nº26 que considerou a estimativa mais recente divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o cálculo do pagamento por critério populacional.

6 DISCUSSÃO

O PBB, no decorrer de sua implantação, sofreu uma série de alterações que em partes se traduzem como elementos que podem fortalecer e fragilizar a consolidação dos princípios doutrinários do SUS. O Quadro 3 apresenta de forma resumida os elementos que serão foco de discussão a seguir.

Quadro 3 – Correlação dos princípios doutrinários do SUS com as principais alterações na forma de financiamento do Previn Brasil por ano de análise 2019 a 2022

Princípios do SUS	Elementos que reforçam	Elementos que fragilizam
Universalidade, Integralidade e Equidade	Manutenção do pagamento diferenciando por tipologia municipal, vulnerabilidade social e fator demográfico;	Pagamento por pessoa cadastrada;
	Prorrogações dos prazos para cadastramento e para o alcance dos indicadores de desempenho;	Valor irrisório do pagamento per capita (5,95);
	Instituição do fator de correção;	Pagamento por desempenho associado a apenas alguns indicadores;
	Retomada do pagamento por critério populacional;	Não inserção do NASF como um programa de adesão estratégico;
	Revisão do valor per capita;	
	Bonificações de alcance de metas.	

Fonte: Elaboração própria, 2024

O Programa Previn Brasil, lançado em 2019 pelo Ministério da Saúde, foi uma iniciativa que visou reorganizar o financiamento da APS no país. Apesar das mudanças que essa política de financiamento promoveu, verifica-se a manutenção e o aprimoramento de alguns elementos da política anterior.

Um dos elementos que se mantém é o pagamento diferenciando por tipologia municipal, ao passo que a vulnerabilidade social e o fator demográfico são inovações do Programa Previn. Ao considerar a tipologia do município, os aspectos sociais e demográficos da população, o

PPB reconhece que as demandas e as necessidades de saúde da população são diferentes, e, portanto, devem ser financiadas também de forma distinta. Nesse sentido, o princípio da equidade se mantém presente considerando essa forma de distribuição dos recursos.

Vale ressaltar que o pagamento considerando as diferenças regionais já era adotado desde a PNAB de 2011. O método definido para alocação de recursos ao PAB fixo passou a considerar indicadores socioeconômicos na construção de um índice de vulnerabilidade que permitiu incorporar ao PAB fixo um critério de alocação equitativa para o financiamento da APS (Pinto, 2018).

No PPB, para determinar o valor pago por pessoa cadastrada, consideram-se: vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e ajuste de distância. Para os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e ajuste demográfico, foi atribuído um peso de 1,3 por pessoa. Isso significa que cada pessoa identificada como vulnerável socioeconomicamente ou pertencente a essas faixas etárias resultará em um cálculo 30% maior na capitação do município. Se uma pessoa se enquadrar tanto na vulnerabilidade socioeconômica quanto na faixa etária especificada, o aumento de 30% será aplicado apenas uma vez. O cálculo do peso considerou a probabilidade de uma pessoa em situação de vulnerabilidade econômica depender do SUS, ou seja, não possuir plano de saúde (Harzheim *et al.*, 2020).

As prorrogações de prazos para o alcance dos cadastros e dos atingimentos dos indicadores representa, na verdade, um retardamento dos efeitos implacáveis de redução de recursos dos municípios. A proposta original do PPB previa a redução de recursos para os entes municipais que não atingissem a meta de cadastro e de indicadores; porém, em virtude da pandemia que tensionou o governo federal a investir mais recursos nos municípios, este seu viu obrigado a alterar a rota e produzir alterações normativas que minimizaram o impacto das perdas (Costa, Silva, Jatobá, 2022). Além disso, não se pode negar que a fragilidade de coordenação do governo federal nessa época, também prejudicou uma série de políticas públicas propostas por esse governo (Goulart; Vieira, 2020), inclusive a política de financiamento da APS. Diante disso, considerando que houve um adiamento dos efeitos mais cruéis do PPB, entendeu-se que ocorreu, em certa medida, a preservação da implementação dos princípios do SUS.

Outra medida que buscou preservar os recursos repassados aos municípios foi o fator de correção. Em 2019, cerca de 1.098 municípios não tinham capacidade de aumentar seus gastos devido à nova forma de financiamento, devido à organização local da APS. Esses municípios representam aproximadamente 19% do total de municípios brasileiros, com uma população em torno de 20 milhões de pessoas (cerca de 10% da população do Brasil). Para evitar qualquer

risco de perda financeira e garantir que nenhum cidadão fosse prejudicado, o Ministério da Saúde decidiu manter o valor recebido por cada município em 2019, baseado no melhor desempenho financeiro mensal, o que resultou em um ganho real para esses municípios já em 2020. Com essa medida, ao longo de 2020, não houve perda de recursos (Harzheim, 2020).

A instituição do fator de correção representou um sopro de resistência, considerando que a normativa que institui o fator de correção buscava assegurar que a mudança do modelo de financiamento da APS não promovesse a redução dos valores financeiros repassados aos municípios, quando comparados com os recursos recebidos em 2019.

A retomada do pagamento por critério populacional, mesmo que em valores reduzidos, também demonstra uma resistência da APS no sentido de valorizar o pagamento por piso, método de financiamento que produziu indução de modelo, promoveu a expansão da estratégia da saúde da família em todo território nacional, reduziu iniquidades e proporcionou um repasse regular de recursos para todos os municípios do território nacional (Mendonça, 2022). A transferência de recursos destinados à APS, de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, permitiu financiar serviços de saúde em municípios mais carentes e desprovidos de infraestrutura básica, promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção à saúde.

O modelo de financiamento *per capita* anteriormente estabelecido, através do PAB (na modalidade fixo e variável), permitiu universalizar o acesso à Atenção Básica e, juntamente com o modelo de Saúde da Família, contribuiu para a redução da taxa de mortalidade infantil e das internações hospitalares potencialmente evitáveis, promovendo maior equidade e continuidade do cuidado, entre outros benefícios (Macinko *et al.* 2006).

Por outro lado, o PPB se destacou enquanto um método de financiamento que produziu diferentes ameaças para o cumprimento dos princípios do SUS. Uma das mais marcantes foi o repasse por meio da captação ponderada em detrimento do repasse *per capita*.

O fato de a capitação ponderada considerar apenas pessoas cadastradas implica em limitações no acesso universal da população aos serviços de saúde (Mendes *et al.*, 2022). Isso pode deixar de fora grupos populacionais que não estão cadastrados ou que enfrentam dificuldades para se cadastrar, como pessoas em situação de rua, migrantes, populações tradicionais e outras comunidades marginalizadas. Isso pode comprometer o princípio da universalidade do SUS, que preconiza o acesso igualitário a todos, independentemente de sua situação de registro ou documentação.

Para Mendes, Carnut e Guerra (2022), essa forma de repasse via cadastro busca racionalizar a prestação de serviços, promovendo a neosseletividade, termo que implica em

focalizar a atenção em uma população específica devido à suposta escassez de recursos, visando garantir a saúde dos mais necessitados, o que desconsidera a essência da Atenção Primária à Saúde e a universalidade do sistema. Esse método de alocação de recursos é agravado pela falta de consideração à lógica territorial e comunitária dos serviços, retrocedendo à abordagem biomédica na produção de saúde.

Além disso, nem todas as localidades, especialmente em grandes municípios, conseguem cadastrar 100% de sua população, o que significa que algumas regiões ainda correm o risco de receber menos recursos federais.

O estudo de Fausto (2022), realizado em região amazônica, reforça que o modelo de financiamento e de organização propostos pelo PPB mostram-se limitados para este contexto, diante dos desafios para realização de cadastramento e oferta de serviços para famílias que vivem em áreas isoladas. Também traz a dificuldade quanto à existência de populações indígenas que não contabilizam para a cobertura da ESF e impactam no cálculo de cobertura e do financiamento da APS.

Não se pode deixar de mencionar que a prática de cadastramento da população é tradicionalmente realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No entanto, a cobertura desses profissionais foi flexibilizada pela PNAB de 2017, fato que adiciona uma camada de desafio a essa tarefa.

A falta de cobertura completa pelos ACS representa um desafio significativo para o cadastro da população nos serviços de saúde. Em áreas não cobertas, pode haver uma sobrecarga nos serviços de saúde, dificultando o acompanhamento e a oferta de cuidados preventivos e de promoção da saúde. Além disso, a falta de presença dos ACS pode resultar em uma falta de dados precisos e atualizados sobre a população, comprometendo o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. Como o financiamento depende da efetividade do cadastro, isso se torna um desafio para municípios com dificuldades administrativas, técnicas, instrumentais e materiais (Mendes; Carnut; Guerra, 2022).

Em muitas regiões do Brasil, especialmente em áreas rurais e remotas, a infraestrutura tecnológica pode ser inadequada ou insuficiente. Isso inclui acesso limitado à internet de alta velocidade, falta de energia elétrica confiável e escassez de equipamentos de informática. Essas limitações podem dificultar a implementação de sistemas de informação e comunicação necessários para o funcionamento do programa.

O pagamento por desempenho, um dos eixos do financiamento do PPB também produz tensionamentos para a implementação dos princípios do SUS, com destaque para o princípio da integralidade. A alocação de recursos para os serviços de saúde baseada em desempenho coloca

ênfase na avaliação dos resultados das ações de saúde através do monitoramento quantitativo de procedimentos e indicadores, sem levar em consideração os aspectos relacionais de cuidado e promoção da saúde, negligenciando os processos educativos e emancipatórios dos usuários na APS. Isso pode resultar na redução da atenção para problemas que não estejam incluídos nas métricas de avaliação (Mendes; Carnut; Guerra, 2022).

Os autores ainda afirmam que o pagamento por desempenho simplifica os serviços de saúde para análises quantitativas de consultas e procedimentos, muitas vezes estabelecendo metas pouco realistas para os profissionais de saúde, o que pode resultar em desgaste e na redução das ações na APS (Mendes; Carnut; Guerra, 2022).

O foco no financiamento por desempenho introduzido pelo Previner Brasil pode gerar pressões sobre as equipes de saúde da família para atingir metas específicas, podendo levar a uma ênfase excessiva em indicadores quantitativos em detrimento da qualidade e da abrangência dos serviços prestados. Isso pode resultar em práticas de seleção de pacientes mais saudáveis ou em casos mais fáceis de tratar, em detrimento daqueles com maior necessidade de cuidados, comprometendo assim o princípio da integralidade do cuidado.

Segundo um estudo mais recente conduzido por Guimarães (2023), ainda não foi possível verificar a qualidade dos dados produzidos nos diferentes métodos de coleta de dados utilizados nos sistemas de informatização da APS. O estudo ressaltou que, com base nos indicadores analisados, o desempenho das equipes ainda está consideravelmente aquém do padrão estabelecido na literatura para a maioria dos indicadores. Além da necessidade de melhorar a assistência prestada, é crucial dar atenção ao registro das ações realizadas no atendimento à população.

Ainda que a retomada do pagamento por critério populacional tenha sido uma conquista, seu valor absurdamente baixo não deixa de ser um elemento que prejudica os princípios do SUS. A insuficiência do valor per capita pode ter impactos na qualidade dos serviços de saúde oferecidos, pois pode levar à falta de recursos para a contratação e manutenção de profissionais qualificados, para a aquisição de equipamentos e insumos necessários e para a realização de atividades de promoção, prevenção e tratamento, ou seja, não se pode negar que o desmonte do SUS via subfinanciamento é uma prática em curso.

Um dos principais indicativos do subfinanciamento do SUS é o não cumprimento da vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social para a saúde, como estipulado pela Constituição Federal (Piola *et al.*, 2022; Servo *et al.*, 2020). Além disso, diversas medidas aprovadas também tiveram impacto negativo no financiamento do SUS, como a desvinculação de 20% das receitas da União, a Emenda Constitucional (EC) nº 93, que

prorrogou a vigência da DRU até 2023, aumentando o percentual de desvinculação para 30%, e a EC nº 95, que congelou a despesa primária da União e sua aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde até 2036 (Servo *et al.*, 2020).

Como resultado, observa-se uma redução nos gastos em saúde por parte do governo federal, enquanto os investimentos em saúde pelos municípios têm aumentado. Giacometti(2023) identificou em sua pesquisa que os municípios rurais são os que mais direcionam recursos próprios para a saúde, apesar de sua capacidade de arrecadação e gestão serem limitadas.

A redução proporcional dos gastos em saúde pelo governo federal, juntamente ao aumento da demanda da população por serviços de saúde, levou os municípios a investirem muito além dos 15% definidos pela Lei Complementar nº 141/2012. No entanto, os recursos de transferência ainda representam a segunda principal fonte de financiamento para a saúde nos municípios e são fundamentais para o financiamento da atenção à saúde (Mendes, Carnut, Guerra, 2022; Baião, Cunha, Souza, 2017).

Outro elemento de destaque é o fim do financiamento das equipes Nasf-AB. O gestor municipal possui autonomia para manter esse arranjo, mas, com a ausência de financiamento, é provável que o componente multiprofissional seja enfraquecido no âmbito da APS. Atividades como matriciamento, educação permanente, comunicação, planejamento conjunto, decisões, saberes e responsabilidade compartilhados, para uma maior resolutividade do cuidado, provavelmente serão descontinuadas mediante a possibilidade concreta de demissão desses profissionais (Melo *et al.*, 2020; Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Pesquisa realizada por Mendonça *et al.* (2023) revelou que a partir de 2019, a tendência de credenciamento de equipes Nasf foi de queda. Os mesmos autores alertam que, por mais que o credenciamento seja mantido, isso não necessariamente significa que a lógica de trabalho das equipes Nasf-AB esteja sendo preservada.

Estudo recente de Lopes (2022) revelou que os profissionais foram remanejados para outras funções. Paulino *et al.*(2021) alertam que excluir uma das principais estratégias de interprofissionalidade da APS não garante que as demais equipes atuem de maneira integrada, interdisciplinar e multiprofissional.

Fica claro que, apesar da manutenção de alguns aspectos que estão coerentes com os princípios do SUS, há propostas apresentadas no PPB que colocam em ameaça algumas das conquistas produzidas em mais de 34 anos de SUS.

Embora as tendências globais apontem para a privatização dos sistemas de saúde universais, também é evidente que tais sistemas são suscetíveis às pressões políticas de diversos

atores, incluindo cidadãos, sindicatos, partidos políticos e movimentos sociais. Essas mobilizações têm desempenhado um papel crucial em impedir a implementação de políticas de saúde regressivas. Nesse contexto, a pandemia da COVID-19 ressaltou a importância dos sistemas de saúde universais de natureza pública e das instituições de vigilância em saúde para mitigar os impactos devastadores dessa crise humanitária. No entanto, a financeirização da saúde, associada à predominância das forças financeiras, continua sendo uma das principais ameaças aos sistemas de saúde universal, incluindo o SUS no Brasil. Esses fenômenos não apenas promovem a privatização da saúde, mas também minam o poder regulatório do Estado diante da globalização financeira (Paim, 2022).

O processo de desfinanciamento burocratizado e complexo, que dificulta a execução do orçamento, mesmo para municípios mais desenvolvidos que têm capacidade técnica para lidar com esse novo modelo, sugere a existência do problemático “SUS operacional”. Em outras palavras, essa redução de recursos abre espaço para a privatização dentro do sistema, aproveitando o cenário de crise sanitária e econômica para reorganizar alocações que aparentam um aumento nos recursos, mas que são de difícil implementação. Consequentemente, a APS está perdendo vitalidade, tornando-se um ambiente carente de recursos até que se justifique a necessidade de privatizá-la (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

A falta de recursos públicos adequados para a saúde resultará em um aumento das controvérsias na redistribuição, com a intervenção e influência de interesses particulares nas decisões sobre alocação de recursos, o que pode facilitar a implementação de planos para privatizar a cobertura por meio do modelo alternativo das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujos resultados efetivos para a organização da atenção básica são questionáveis (Viana *et al.*, 2022b).

7 CONCLUSÃO

Com base nos dados apresentados, é possível concluir que o Programa Previne Brasil passou por uma série de ajustes e modificações desde sua implementação, conforme refletido nas 30 portarias publicadas entre 2019 e 2022. Essas portarias abordaram diferentes aspectos da política de financiamento da APS, distribuídas em quatro eixos principais: capitação ponderada, pagamento por desempenho, adesão a ações estratégicas e pagamento por critério populacional.

O eixo da capitação ponderada concentrou o maior número de portarias, assim como o ano de 2020. No que se refere ao conteúdo das portarias, estas abordam a definição de alguns regramentos, instituição de incentivos, definições de metas, porém ganha destaque o volume de atos que estabelecem a prorrogação das normas sobre o cadastramento e o atingimento dos indicadores de desempenho. Posto isso, verificou-se que as alterações produzidas por essa nova política de financiamento apresentam tantos aspectos que podem fortalecer ou fragilizar os princípios do SUS. Entre os que podem fortalecer menciona-se a manutenção do pagamento diferenciando por tipologia municipal, vulnerabilidade social e fator demográfico; as prorrogações dos prazos para cadastramento e para o alcance dos indicadores de desempenho; a instituição do fator de correção; a retomada do pagamento por critério populacional; entre outros.

Em contraponto, o pagamento por pessoa cadastrada, o valor irrisório do pagamento per capita, o pagamento por desempenho associado a apenas alguns indicadores e a não inserção do NASF como um programa de adesão estratégico representam elementos que fragilizam os princípios do SUS.

Por mais que algumas das medidas do PPB tenham coerência com os princípios do SUS e até contribuam para que eles sejam implementados, não se pode omitir o fato de que grande parte dos efeitos corrosivos do PPB só foi barrada em decorrência da pandemia da Covid-19. Além disso, a densidade dos elementos que prejudicam a implementação dos princípios do SUS é muito maior e, portanto, no conjunto da obra seria arriscado afirmar que esse programa, mesmo que a longo prazo, iria ofertar benefícios para APS.

A mudança que ocorreu no governo federal já produziu algumas alterações apresentadas pelo PPB. Em 2023, houve a retomada do financiamento do governo federal para as equipes multiprofissionais e, mais recentemente, em abril de 2024, o governo propôs um novo método de financiamento da APS. Diante disso, é necessário que a partir desse novo cenário, novos

estudos sejam realizados no sentido de investigar em que grau essas medidas de financiamento contribuem ou não para que o SUS tenha capacidade de cumprir com seus princípios.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S23–S36, 2002.
- ALMEIDA-FILHO, N. de. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. **Salud Colectiva**, v. 16, p. e2751, 6 jul. 2020.
- ALVES, L. R. A dicotomia do Princípio da Integralidade do SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 1, p. 153–166, 30 mar. 2017.
- ANDRADE, L. O. M. DE; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**;8(1/2),jul.-ago. 2000.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). **PLOS ONE**, v. 13, n. 8, p. e0201723, 10 ago. 2018.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- BAIÃO, A. L.; CUNHA, A. S. M. da; SOUZA, F. S. R. N. de. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. *Revista do Serviço Público*, v. 68, n. 3, p. 583-610. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v68i3.1406>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 out. 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006c – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 fev. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº95 de 26 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001
- BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 set. 2000.
- CARVALHO B.G., NUNES E.F.P.A; SILVA A.S.; MARQUES J.F.; SANTINI S.M.L; ANDRADE S.A.V. Organização da Atenção Primária à Saúde e papel dos gestores do Sistema Único de Saúde caminhos (in)

Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2022.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. In: M. H. M. M *et al.* (Org.) **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. p. 73-94.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet** (Londres, Inglaterra), v. 394, n. 10195, p. 345–356, 27 jul. 2019.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4021–4032, 27 set. 2021.

COSTA, N. DO R.; SILVA, P. R. F. DA; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 08–20, 28 abr. 2022.

CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

ALMEIDA, E. R de. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.

DIAS, T. A.; SILVA, P. G. E. Os desafios do direito à saúde no Brasil face a políticas de austeridades. **Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 23, n. 1, p. 8–8, 5 out. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208–223, set. 2018.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1605–1618, 22 abr. 2022.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUQUAT, A. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. M. H. M. M *et al.* Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2018. p. 51-72.

FORTES, P. A. de C. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. **Bioética e Saúde Pública**, 2003.

FRANKO, W.; TOLBERT, C. J.; WITKO, C. Inequality, Self-Interest, and Public Support for “Robin Hood” Tax Policies. **Political Research Quarterly**, v. 66, n. 4, p. 923–937, 2013.

GIACOMETTI, L. C. T. F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde e a gestão orçamentária de municípios do norte do Paraná. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, v. 21, n. 10, p. 15933–15954, 13 out. 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475–1482, 6 abr. 2020.

GOLDSCHMIDT, I. L.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E. Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade. In: BORNSTEIN, Vera Joana *et al.* (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 71-79.

GOULART, L. N.; VIEIRA, D. M. Construção de um modelo de análise de redes de políticas públicas em contextos de federalismo e de presidencialismo de coalizão. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 18, p. 91–103, 17 abr. 2020.

GRANJA, G. F. *et al.* Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 74–88, 2010.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3759–3764, dez. 2013.

GUIMARÃES, J. N. *Previne Brasil: um olhar para o componente desempenho e a Estratégia eSUS APS*. 2023. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189–1196, 6 abr. 2020.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1361–1374, 6 abr. 2020.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. DE M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. p. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. lxxiii, 2922 p.

FAO. Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. Disponível em: <<https://www.fao.org/family-farming/detail/fr/c/1392789/>>. Acesso em: 9 maio. 2024.

LINARD, A. G. *et al.* Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 114–120, mar. 2011.

LOPES, M. C. R.; MATTA, G. C. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini L. *et al.* (Org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 305-322.

LOPES, Síntique Priscila Alves *et al.* Financiamento da atenção básica à saúde: análise de cadastro SISAB da região nordeste. **Revista de Atenção à Saúde [Internet]**, p. 263-273, 2022.

LOPES, W. P. Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços da Atenção Básica na Macrorregião Norte do Paraná. 2022.

LUIZ, O. do C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arq. méd. ABC**, p. 69–75, 2005.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. de F. M. DE. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, 1 jan. 2006.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 403-415, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 35–51, dez. 2007.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181–1188, 17 abr. 2020.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. 2007.

MATTOS, R. ARAUJO de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.39-64.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38–51, set. 2018.

MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 137–144, 19 jun. 2020.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n.e.1, p.224-243, jul./set. 2018.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00164621, 2022.

MENDES, K. M. C.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 14, p. e002–e002, 8 jul. 2022.

MENDONÇA F.F., PEREIRA A.M.M, LIMA L.D., MARTINS C.P., ULINSKI K., GIACOMETTI L.C.T.F., GOZI T.M.B, LOPES W.P.L. Financiamento federal da atenção primária no Sistema Único de Saúde brasileiro (in) **Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2022.

MENDONÇA, F. de F. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 13–30, 30 jun. 2023.

MITROS, V. M. da S. **Programa Previne Brasil: uma análise da mudança na atenção básica à saúde em espaços deliberativos do SUS**. 2022. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/73422>.

NEVES, M. do C. P. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. **Bioética**, p. 155–163, 1999.

PAIM, J. S. Da capitalização da medicina à financeirização da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00024021, 26 ago. 2022.

PAULINO, K. C. *et al.* Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais / Reflections on the new financing of basic care and multiprofessional practices. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 5362–5372, 20 jan. 2021.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, p. 255-262.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 35–53, 16 jul. 2018.

PIOLA, S. F. TD 2745 - Coordenação entre as instâncias de governo e o papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde. **Texto para Discussão**, p. 1–48, 30 mar. 2022.

PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública | Agência de Notícias. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-va-o-a-rede-publica>>. Acesso em: 11 abr. 2024.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, p. 324–335, ago. 2018.

RID, A. Just health: meeting health needs fairly. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 8, p. 653, ago. 2008.

SALES, O. P. *et al.* O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54–65, 3 dez. 2019.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. DE; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, 7 jul. 2009.

SERVO, L.M.S. *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em debate**, v. 44, n.e.4, p. 114-129, 2020.

SIQUEIRA, C. T. da S. *et al.* Estudos sobre a operacionalização da universalidade no Sistema Único de Saúde: uma revisão bibliográfica da literatura. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 2, n. 1, p. 34–37, 29 ago. 2011.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, s.1, 1325-1335, 2009.

SOUZA, L. F. [UNIFESP]. **Pandemia da Covid-19 no Brasil: ampliação do empobrecimento da população?** 13 jul. 2023. 55 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2023.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia**, 2011.

VASCONCELLOS, S. C. **A problemática do financiamento da atenção básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia.** Universidade de São Paulo, 23 set. 2013.

VIANA, R. R. P. *et al.* Análise histórica dos critérios de financiamento do sus no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e205111436114, 24 out. 2022a.

VIEGAS, S. M. D. F.; PENNA, C. M. D. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1089–1100, dez. 2015a.