



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

LÍVIA ESTEVES REIS

NECESSIDADES DE SAÚDE NO PROGRAMA PREVINE BRASIL:
uma análise documental

Rio de Janeiro

2023

LÍVIA ESTEVES REIS

NECESSIDADES DE SAÚDE NO PROGRAMA PREVINE BRASIL:
uma análise documental

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Rio de Janeiro

2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

LÍVIA ESTEVES REIS

NECESSIDADES DE SAÚDE NO PROGRAMA PREVINE BRASIL:
uma análise documental

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 15 de fevereiro de 2023.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Prof^ª. Dra. Lígia Bahia
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Prof^ª. Msc. Tatiana Clarkson Mattos
EPSJV/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Vanda, e à minha irmã Natália, por todo o apoio, incentivo, pelas palavras de carinho e conforto ao longo de toda a residência, ainda que à distância. Sem vocês, não teria sido possível.

Agradeço ao meu pai, Antônio Ivair, que sempre habitará minha memória e que por seu amor paterno sempre se faz presente nos meus passos.

Agradeço ao meu companheiro de jornada, Raul Pimenta, por seu amor, sua paciência, pelas palavras de apoio nos momentos difíceis e pelas tantas outras formas de apoio ao longo desses quase três anos de residência, inclusive aquelas fundamentais e comumente invisibilizadas como o apoio na organização da casa, no preparo da comida e no passeio com o cachorro. Te amo!

Agradeço à minha cachorrinha Naga, que embora não possa ler essas palavras sei que compreende o meu afeto e que tantas vezes me afagou e tolerou meus abraços apertados.

Agradeço à equipe da DVS e em especial à minha preceptora Carla Maciel, por seu acolhimento e ensinamentos fundamentais no começo da minha caminhada na saúde coletiva e da pandemia de covid-19.

Agradeço à equipe do HU-UFRJ pelos aprendizados, pelas risadas e pelas reflexões importantes que pudemos fazer juntos.

Agradeço muito aos colegas de turma da residência, com os quais compartilhei alegrias, angústias, inquietações e planos.

Agradeço aos meus amigos do Coluni/minha família residente no RJ, Raquel, Pedro Vargas e Vinícius. Obrigada pelo companheirismo, pelo suporte, pelas cervejas e boas conversas.

Agradeço à Tayllany, Carla Isaura, Josélia, Anne, Tauanne, Rafael, Isabella, Eduardo, Thaysa, Luciana e Paula, pelos inúmeros aprendizados na atenção básica de Mesquita. Vocês fizeram a minha experiência como residente ser muito mais leve e prazerosa, mesmo quando o contexto parecia tão difícil.

Agradeço ao meu orientador Paulo Mendonça, por sua sabedoria, conhecimento e pelas inúmeras contribuições. Pelos cafés, pelo afeto e pela verdadeira paciência que teve comigo até aqui, muito obrigada!

RESUMO

REIS, Livia Esteves. **Necessidades de saúde no Programa Previne Brasil**: uma análise documental. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A atenção primária à saúde enquanto nível assistencial ordenador das redes de atenção à saúde deve ser sensível às necessidades dos usuários, contribuindo para a programação de saúde e propiciando o planejamento ascendente. Diante do potencial indutor de práticas que os modelos de financiamento comportam num contexto de restrições orçamentárias, e da criação do novo modelo de financiamento da APS denominado Programa Previne Brasil (PPB), questiona-se o quanto este modelo considera as necessidades de saúde em sua proposição. O presente estudo buscou avaliar se os documentos normativos do PPB consideram as necessidades de saúde descritas na taxonomia das necessidades de saúde proposta por Cecílio e Matsumoto e modificada por Emmerson Merhy. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, baseado em documentos selecionados no site do Ministério da Saúde. Entre os achados, destaca-se que entre os cinco documentos analisados, três não fazem menção direta ou mesmo tangencial a qualquer uma das cinco necessidades dispostas na taxonomia. Diante da incipiência do PPB em considerá-las e do desaparecimento da perspectiva de acesso universal ao sistema de saúde, recomenda-se a realização de estudos que demonstrem seus efeitos, bem como a sua revisão e revogação no novo governo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Previne Brasil. Necessidades de Saúde.

ABSTRACT

REIS, Livia Esteves. **Necessidades de saúde no Programa Previne Brasil**: uma análise documental. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Primary healthcare, as an ordering assistance level in healthcare networks, must be sensitive to the needs of users, contributing to health programming and allowing bottom-up planning. Faced with the practice-inducing potential that financing models entail in a context of budget constraints and the creation of the new PHC financing model called Programa Previne Brasil (PPB), it is questionable how much this model considers health needs in its proposition. The present study sought to assess whether the normative documents of the PPB consider the health needs described in the taxonomy of health needs proposed by Cecílio and Matsumoto and modified by Emerson Merhy. This is a descriptive study, with a qualitative approach, based on selected documents on the Ministério da Saúde website. Among the findings, it is noteworthy that among the five documents analyzed, three do not make direct or even tangential mention of any of the five needs arranged in the taxonomy. Given the incipience of the PPB in considering them and the disappearance of the perspective of universal access to the health system, it is recommended to carry out studies that demonstrate their effects, as well as their review and revocation in the new government.

Keywords: Primary Health Care. Programa Previne Brasil. Health Needs.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Uma taxonomia de necessidade de saúde	16
Quadro 2 - Codificação dos documentos selecionados e analisados.....	37
Quadro 3 - Análise dos documentos de acordo com a Taxonomia das Necessidades em Saúde	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência de Desenvolvimento para Atenção Primária à Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços para Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS-RJ	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Previne Brasil
PBF	Programa Bolsa Família
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PDRQ-9	Patient-doctor Relationship Questionnaire
PMAQ-AB	Programa Nacional do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMB	Programa Médicos pelo Brasil

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 A CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA APS	21
3.2 CRÍTICAS AO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO	28
4 METODOLOGIA.....	35
5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	36
6 RESULTADOS	37
7 DISCUSSÃO	40
8 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

A constituição brasileira de 1988 apresenta a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a ser 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, 1988). O entendimento de saúde enquanto um direito de cidadania pode ser compreendido como um desdobramento importante do processo de discussões e lutas estabelecido ao longo da reforma sanitária brasileira, que em crítica ao modelo assistencial biomédico hegemônico, durante as décadas de 60, 70 e 80, culminou em 1990 na promulgação das leis orgânicas da saúde nº 8.080 e nº 8.142, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e o controle social.

Constituindo um novo paradigma político-institucional e político-jurídico, os princípios do SUS foram eixo de orientação para práticas assistenciais, contemplando acesso igualitário e universal, com base em regionalização, hierarquização e descentralização de serviços de saúde, atendimento na perspectiva da integralidade e participação popular (BRASIL, 1990; FERTONANI *et al.*, 2015), em oposição a práticas focadas em ações curativas sobre o indivíduo e de ênfase hospitalar.

O debate nacional sobre o provimento de saúde integral, universal e igualitária dialogou com a discussão internacional sobre o provimento de cuidados primários ocorrido na década de 70, como estratégia para otimização de recursos e aumento da resolutividade na atenção à saúde. A declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, produzida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada no Cazaquistão, antiga União Soviética em 1979, foi um marco conceitual importante para o desenvolvimento de uma estratégia de ampliação do acesso à saúde, conclamando os países implantarem a Atenção Primária e a cooperarem na superação da desigualdade no estado de saúde dos povos, exercendo influência sobre a própria concepção do SUS.

Na tentativa de reorientar o modelo assistencial, expressão polissêmica que se refere ao “modo como em um determinado contexto histórico-social são organizados os serviços de saúde, como são organizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos humanos em relação à vida” (FERTONANI *et al.*, 2015), o Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado no Brasil em 1994 a partir de experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na região nordeste do país, acompanhando o processo da descentralização da gestão de saúde do nível federal para o estadual e municipal. O PSF foi uma aposta na ampliação do acesso à saúde e no provimento

de um cuidado que levasse em conta os determinantes do processo saúde-doença, sintonizado com os princípios do SUS e com práticas pautadas numa “premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento” (BRASIL, 2000).

O PSF foi o embrião do que 12 anos depois viria a ser norteador de base do SUS e estratégia preferencial para organização sistêmica da saúde nos municípios, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A primeira política nacional de atenção básica do país publicada em 2006 incorporou atributos de uma APS abrangente, e caracterizou atenção básica como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006), em que a ESF é apresentada como tendo caráter substitutivo em relação à atenção básica tradicional.

Os anos seguintes foram marcados por uma expansão da ESF em centros urbanos, pela incorporação e ampliação de Equipes de Saúde Bucal e pela criação da equipe multiprofissional de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (MELO *et al.*, 2018), esta última elaborada com a finalidade de aumentar a abrangência e o escopo de ações da atenção básica, bem como a capacidade de resposta das ESF. Em 2011, a PNAB passa por uma reformulação e reafirma a centralidade da estratégia de saúde da família, também incorporando inovações voltadas a melhoria da qualidade da atenção e ampliação do acesso, como o Programa Nacional do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e a flexibilização da carga horária médica (BRASIL, 2012).

Instrumentalizando a melhoria do cuidado e propiciando o fortalecimento da APS como base da Rede de Atenção à Saúde, entre 2007 e 2017 a cobertura populacional pela ESF expandiu de 45% para 64% (ALMEIDA *et al.*, 2018) e outros programas foram criados e gradativamente implementados, como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Programa Melhor em Casa, o Programa Mais Médicos e a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Apesar dos avanços no acesso propiciado por estes à população, persistiram problemas como o subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, baixa resolubilidade, entre outros (ALMEIDA *et al.*, 2018; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; MELO *et al.*, 2018).

De acordo com Almeida *et al.* (2018), foi considerando esse cenário que o Ministério da Saúde iniciou em 2015 um conjunto de reuniões, oficinas e fóruns envolvendo trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores para subsídios para a construção de

estratégias voltadas à agenda de fortalecimento da atenção básica para os próximos anos e, assim, atualizar a PNAB. A proposta de revisão dos critérios da PNAB no que diz respeito à expansão das equipes de saúde da família já havia sido explicitada no relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2015, e ainda de acordo com os autores, de forma paralela havia o interesse dos gestores municipais e estaduais de saúde por intermédio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em discutir a ampliação do financiamento federal para outras modalidades de organização da AB.

Com o período de grande instabilidade político-institucional que se seguiu, marcado por reformas ministeriais, pelo impedimento/golpe sofrido por Dilma Rousseff em 2016 e pela consequente posse da presidência da república por seu vice Michel Temer, a revisão da PNAB é pausada. Após a entrada de novos atores políticos e de um rearranjo de forças, incluindo a assunção do Ministério da Saúde pelo engenheiro civil e deputado Ricardo Barros (Partido Progressistas), ela é então colocada como agenda governamental prioritária. À época, o então ministro defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar (LABOISSIÈRE, 2016; LENHARO, 2016; REIS, 2017).

O documento com as mudanças propostas majoritariamente por gestores dos três entes federativos foi colocado por duas semanas em consulta pública às vésperas de sua aprovação na Comissão Intergestores Tripartite, o que causou críticas do Conselho Nacional de Saúde e a reação contrária a ele de diversas instituições como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), conselhos profissionais e organizações de trabalhadores (MATHIAS, 2017).

Os questionamentos e críticas dirigiram-se tanto ao momento em que se propunha a revisão da política, devido à instabilidade econômica, social e política do país, como aos conteúdos das mudanças. As 8.901 proposições coletadas na consulta pública foram parcialmente incorporadas, sendo o texto final pactuado em 31 de agosto de 2017 e publicado como portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (ALMEIDA *et al.*, 2018).

De maneira restrita em termos de discussão com a sociedade civil, a revisão da PNAB se deu num contexto mais amplo de restrição de direitos sociais e ofensiva neoliberal. Desconsiderando as necessidades da população, a Emenda Constitucional 95 promulgada em dezembro do ano anterior congelou e diminuiu os recursos federais para políticas sociais para

os próximos 20 anos, fragilizando a rede de proteção social e limitando as possibilidades de investimento no SUS (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Entre continuidades e descontinuidades em relação à PNAB 2011, a PNAB de 2017 trouxe como principais mudanças aspectos organizativos e funcionais da AB. Ela relativiza a universalidade da cobertura pela ESF quando comparada com a antiga, através da indefinição do número de ACS por equipe, da recomendação de 100% de cobertura dos agentes comunitários de saúde para a população restrita a *áreas de risco e vulnerabilidade social* e da possibilidade de outros arranjos de adscrição na relação equipe/população, para além dos parâmetros anteriormente colocados.

A segmentação do cuidado entre padrões essenciais e ampliados de serviços, a retomada da atenção básica tradicional por meio da flexibilização da carga horária de profissionais e o menor custo destas equipes em relação às equipes de Saúde da Família, bem como o acréscimo de atribuições dos agentes comunitários de endemias e a descaracterização das funções dos agentes comunitários de saúde são alguns dos elementos da PNAB de 2017 destacados por Morosini, Fonseca e Lima (2018) como mais preocupantes.

As autoras chamam a atenção para o descompromisso do Ministério da Saúde com sua responsabilidade de coordenação nacional no estabelecimento das bases para a atenção básica e com a integralidade da saúde, onde o contexto de forte restrição orçamentária deverá condicionar as escolhas dos gestores e possivelmente ampliar as desigualdades locais. Em uma análise mais ampliada da PNAB, elas pontuam os interesses em jogo:

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular. A presente análise não valida o raciocínio otimista, justamente porque é fruto de uma leitura informada pela atual conjuntura, que indica limites rigorosos, a partir dos quais essa política e suas possibilidades se realizarão.

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

Outros trabalhos tratam dos possíveis impactos no modelo de atenção acarretado pela PNAB de 2017 (MELO *et al.*, 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; MOROSINI; FONSECA, 2017), bem como do não enfrentamento ao desfinanciamento do SUS. Entre as continuidades da política, destacam-se os princípios e diretrizes da AB na Rede de Atenção à Saúde.

A PNAB de 2017 define a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, constituindo-se em “arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial” (BRASIL, 2017, p. 1). Na RAS, a AB é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

Suas diretrizes são: regionalização e hierarquização dos pontos de atenção da RAS; territorialização e adscrição de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico; população adscrita de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população; cuidado centrado na pessoa, apontando para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação das redes e Participação da comunidade.

Ainda de acordo com a política, para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas e fortaleça o planejamento ascendente. Nesse sentido, o reconhecimento e a consideração das necessidades de saúde e das demandas do território, bem como dos determinantes e condicionantes de saúde são elementares para o funcionamento não apenas da atenção básica, mas da rede de atenção à saúde como um todo.

Considerar a determinação social do processo saúde-doença implica em construir serviços de saúde capazes de identificar quais necessidades de saúde se apresentam, e que possam, no âmbito “micro” (do serviço, do contato entre usuário e trabalhador de saúde) e no âmbito “macro” (da articulação entre os serviços, para além do setor saúde inclusive) oferecer respostas a elas (CECILIO, 2001).

A capacidade de escutar, compreender as necessidades de saúde dos usuários e oferecer respostas não é, entretanto, prerrogativa apenas da atenção primária, ou pelo menos não deveria ser. Um sistema de saúde orientado pela universalidade, integralidade e equidade¹ enquanto princípios pressupõe que em cada ponto da rede seja possível que a demanda trazida pelo usuário, enquanto um pedido explícito e “tradução” de necessidades mais complexas deste, seja disparadora do estabelecimento de fluxos e circuitos em rede para a oferta do cuidado e para a promoção da saúde.

Nesse sentido, as necessidades de saúde devem ser o objetivo da organização de todas as práticas assistenciais. Embora a expressão necessidades de saúde seja polissêmica e ampla, há um esforço de produção de conhecimento e de delimitação conceitual realizado nos últimos anos. O tema das necessidades de/em saúde está presente em diferentes proposições teóricas, possuindo relevância no contexto de instituição do campo de práticas e saberes denominado saúde coletiva. Sua abordagem conceitual em estudos desta área advém do processo de revisão das práticas assistenciais em saúde e da própria organização dos serviços de saúde, que se localizam historicamente no contexto de redemocratização do Brasil e da reforma sanitária brasileira operada por diferentes atores no período.

Dos estudos de maior relevância na área, a tese de Eduardo Navarro Stotz denominada “Necessidades de saúde: mediações de um conceito” apresenta, além de uma revisão teórica sobre o tema, a indicação de construção de uma taxonomia das necessidades de saúde como um instrumento de investigação, cuja delimitação teórica enquanto instrumento pudesse ser útil ao processo de construção de conhecimento e ser operacionalmente utilizada pelos profissionais e usuários no cotidiano do SUS. Um conceito de necessidade de saúde que possa ser descritivo e operacional precisa “ser re-conceitualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social” (STOTZ, 1991 *apud* CECÍLIO E MATSUMOTO, 2006, p. 38).

No intuito de estabelecer essa reconceitualização, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio e Norma Fumie Matsumoto partem de uma síntese das principais conclusões teóricas de Stotz para pensar a construção de uma taxonomia das necessidades de saúde. Na perspectiva de Stotz por eles adotada, as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes, possuem um componente de natureza subjetiva e individual, e a necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado “livre”, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela “estrutura” social colocada de uma

¹ Embora recorrentemente citada como princípio do SUS, a rigor, a palavra equidade só aparece no texto constitucional no capítulo da seguridade social, como um requisito para a forma de participação no seu custeio (PIOLA *et al.*, 2009). Ela também não aparece nas leis 8.080 e 8.142, vindo a ser incorporada posteriormente enquanto legislação por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8.080.

forma genérica. Embora a saúde seja um bem coletivo, a doença tem características individuais, de modo que a dimensão social dos fenômenos de saúde seria a síntese das condições particulares de cada pessoa (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006, p. 38).

Os autores adotam uma determinada taxonomia que é intencionalmente eclética, traçando um diálogo com distintos enfoques e perspectivas de necessidades de saúde desenvolvidas por diferentes autores, a partir de múltiplas perspectivas teóricas. A síntese em categorias temáticas de necessidades de saúde a partir de ideias, “escolas” e modelos de atenção por eles esquematizada encontra-se no quadro-resumo abaixo:

Quadro 1 - Uma taxonomia de necessidade de saúde

Necessidades de saúde	Ideias trabalhadas pelos seguintes autores e/ou “escolas” e/ou modelos de atenção
Necessidade de boas condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> ● No funcionalismo humanista de San Martin. ● Por autores marxistas, como Berlinguer (“doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade”) e mesmo Castellanos (“A reprodução humana implica a reprodução da vida”). ● Tais concepções estão operacionalizadas em modelos teoassistenciais, como “Cidade Saudável” e “SILOS”. Fazem parte do discurso clássico de Saúde Pública e de organizações como a Organização Mundial da Saúde (“Saúde para todos no ano 2000”).
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	<ul style="list-style-type: none"> ● Temas desenvolvidos nas clássicas taxonomias de saúde desenvolvidas por Bradshaw e Pineault. ● Inclui a concepção de ação programática, tal qual apresentada, entre outros, por Neme e Schraiber. Inclui a concepção de necessidade individual tal qual apresentada por Campos.
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorpora as idéias difundidas por Campos e Merhy, com base em uma “recuperação” do vínculo existente na clínica. ● Incorpora ideias que têm sido de saúde da família trabalhadas no programa (PSF), tal qual a elaborada pelo Ministério da Saúde e adaptada a várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros. ● Recupera a ideia do vínculo, como trabalhado por Kloetzel.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorpora as idéias difundidas por Merhy e Campos, com base nas idéias de Canguilhem: “os modos de andar a vida”. ● Incorpora idéias do pensamento crítico em Educação em Saúde.

Fonte: Cecílio e Matsumoto (2006, p. 40).

A taxonomia foi originalmente formulada para analisar como o Plano de Atenção à Saúde estava sendo operacionalizado em uma unidade básica de saúde no município de São Paulo, mas vem sendo utilizada em processos tanto de avaliação de serviços como de capacitação ou mesmo de planejamento de rede básica, servindo também como um bom instrumento de reflexão, sensibilização dos profissionais, e contribuído para a definição de novas estratégias de organização da assistência (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006). Uma esquematização que permite pensar nas representações que as necessidades de saúde podem assumir nos serviços foi publicada no livro “O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”, onde Emerson Merhy apresenta algumas ideias sobre o significado de cada uma das categorias temáticas.

De acordo com este autor, a necessidade de boas condições de vida pode significar boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão. Quanto à garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, traz a ideia de que sempre que for necessário, o usuário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida.

A necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação) faz referência à possibilidade de acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema, enquanto a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito) se relaciona com ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.

Merhy apresenta uma quinta categoria como pequena modificação na taxonomia proposta por Cecílio e Matsumoto, que denomina Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença. As ideias sobre ela se referem ao usuário ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído (MERHY *et al.*, 2006). A apresentação da taxonomia neste formato se insere na discussão de como os usuários, em conjunto com os trabalhadores e gestores governo podem, por meio de seus saberes e fazeres, fabricar modelos de atenção à saúde pautados na centralidade do usuário e implicados com a defesa radical da vida individual e coletiva.

Essa fabricação dos modelos de atenção se conforma a partir de permanentes tensões e disputas, seja no âmbito da execução das políticas (no cotidiano dos serviços), seja na arena da definição das normas, regras, critérios e demais ferramentas que compõem o processo da formalização de uma política pública. Em se tratando das políticas e programas voltados à

atenção primária, num contexto onde a narrativa hegemônica é de que a redução dos gastos do estado com políticas sociais justifica-se por uma ausência de recursos, é fundamental considerar os mecanismos que definem o seu financiamento para se aproximar de uma compreensão sobre qual horizonte ético-político está sendo por eles projetado.

Em âmbito federal, o financiamento da AB se dava com recursos do Fundo Nacional de Saúde, transferido de forma regular e automática aos estados e municípios por meio do Piso de Atenção Básica, estabelecido na Portaria nº 1.882/GM de 18 de dezembro de 1997. Apesar das mudanças operadas na conformação dos blocos de financiamento do SUS desde 1997, o financiamento da AB através do piso de atenção básica perdurou até 2019. O PAB se dividia em dois componentes: PAB Fixo, baseado em valor per capita considerando população municipal estimada pelo IBGE e suas características socioeconômicas, e PAB variável, relativo à adesão municipal a estratégias e programas específicos.

O PAB foi extinto com a criação do Programa Previne Brasil, ao final do primeiro ano do mandato de Jair Messias Bolsonaro como presidente da república e sob a gestão ministerial de Luis Henrique Mandetta. Após discussão e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), é estabelecido um novo modelo de financiamento de custeio federal para a atenção primária pela portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019, inicialmente constituído por três componentes (captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas). Desde então, uma série de ajustes e modificações foram realizadas na sua normatização e implementação, que prosseguiram inclusive ao longo da pandemia de covid-19 a partir de março de 2020, quando todos os serviços de saúde precisaram se reorganizar para fazer frente a esta emergência.

Sendo o Brasil um país de grandes dimensões territoriais e disparidades econômicas e sociais, a adoção de determinado modelo de financiamento federal para a atenção básica tem, no limite, o potencial de viabilizar ou inviabilizar o acesso da população aos serviços de saúde. Através das articulações interfederativas, é possível a adoção de mecanismos que tanto possam diminuir as desigualdades territoriais, como também aumentá-las, ainda que este de forma alguma seja um objetivo declarado pelos atores que compõem esse âmbito decisório. Antes de produzir impacto sobre as desigualdades territoriais, o modelo de financiamento federal pode influir decisivamente nas decisões dos gestores municipais sobre como os serviços e o cotidiano do trabalho irão se organizar, e com isso, exercer reflexo no quanto eles estarão “porosos” às necessidades em saúde da população.

Considerando o potencial de indução de práticas que o modelo de financiamento federal pode ocasionar, toda a gama de impactos que o Programa Previne Brasil pode trazer à

organização da APS brasileira, que vão desde o volume de recursos a serem transferidos aos municípios à esta organização no âmbito de execução da PNAB, bem como a centralidade da APS na organização da RAS, pode-se questionar: o quanto e de que formas o novo modelo de financiamento para a APS leva em conta as necessidades de saúde da população? Dentro da taxonomia operacional das necessidades de saúde, proposta por Cecílio e Matsumoto e adaptada por Merhy, quais necessidades foram consideradas nos documentos normativos do Previner Brasil? A quais necessidades o programa se propõe a atender, num cenário de cronicidade de subfinanciamento do SUS amplamente reconhecido (MARQUES, 2017; FUNCIA, 2019; PAIM, 2020)?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é avaliar o Programa Previne Brasil confrontado à Taxonomia Operacional das Necessidades de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar se os documentos normativos do Previne Brasil mencionam as necessidades de boas condições de vida dos usuários;
- Identificar se os documentos normativos do Previne Brasil mencionam a necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida;
- Identificar se os documentos normativos do Previne Brasil mencionam a necessidade do usuário de ter um vínculo com um profissional ou equipe;
- Identificar se os documentos normativos do Previne Brasil mencionam a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do “modo de andar a vida”;
- Identificar se os documentos normativos do Previne Brasil mencionam a necessidade de ser alguém singular com direito à diferença;
- Discutir o conteúdo dos documentos em relação ao contexto de sua produção;
- Debater possíveis impactos do Programa Previne Brasil no cotidiano do trabalho em saúde no âmbito da atenção básica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Diante da inexistência de literatura científica disponível online que abordasse a taxonomia operacional das necessidades de saúde confrontado ao Programa Previne Brasil, realizou-se revisão dos artigos disponíveis sobre o programa, a fim de apreender quais discursos têm se estabelecido sobre ele e também sobre o seu contexto de produção. Para isso, utilizou-se como descritores “previne brasil”, “financiamento AND atenção primária à saúde” e seu equivalente em inglês “primary health care AND healthcare financing”, com seleção dos anos 2019 a 2022 e busca nas bases BVS, Scielo e Pubmed, realizada de maio a outubro de 2022.

3.1 A CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA APS

O artigo de Sellera *et al.* (2020) tematiza os desafios envolvidos no monitoramento e avaliação dos atributos da APS a nível nacional no Brasil, apontando problemas no modelo de avaliação anterior ao Previne, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), e dialogando com formas de avaliação em sistemas de saúde internacionais para a elaboração de um novo modelo pautado num processo “(1) contínuo, (2) de aplicação simples, (3) mais transparente, (4) de complexidade gradual e progressiva e (5) alinhado às melhores experiências internacionais e (6) centrado nas necessidades das pessoas (SELLERA *et al.*, 2020, p. 140).

O trabalho aponta que embora o PMAQ tenha fortalecido a cultura de avaliação e pagamento por desempenho no país, há uma série de fragilidades em sua metodologia, dentre as quais cita-se a escolha dos indicadores de monitoramento, os critérios de adesão das equipes incluindo o viés na seleção das melhores equipes pelos gestores, a característica de adesão voluntária ao programa, a baixa frequência das avaliações, a dependência de contratos com universidades e o baixo reflexo da avaliação periódica com a produção de saúde cotidiana das equipes. Além disso, os autores afirmam que, com exceção do PMAQ, a forma como a APS é financiada baseia-se majoritariamente em informações autorreferidas pelos gestores municipais.

Em se tratando dos modelos de avaliação adotados por outros países, o artigo destaca que há necessidade constante de mudança no processo de avaliação, justificadas por mudanças nos processos epidemiológicos da população, alterações na organização dos serviços de saúde e a busca por resultados de saúde, que ao mesmo tempo em que melhoram o

que é monitorado, tendem a gerar uma piora naquilo que não é foco da avaliação. Outra diferença que impacta nos modelos adotados entre países, de acordo com os autores, é que o governo federal na maioria dos outros países é o organizador, contratante e administrador dos serviços de APS ao cidadão (como Inglaterra e Portugal), enquanto no Brasil este papel cabe aos 5.570 municípios.

Baseando-se nessas problematizações, os autores buscaram construir um modelo capaz de induzir melhorias de resultados em saúde, que orientasse maior eficiência no investimento público e qualidade do serviço prestado, que produzisse aumento de transparência no processo de monitoramento e avaliação junto a gestores e profissionais, além da instituição de um período contínuo e ininterrupto para monitoramento de resultados de todas as equipes de saúde.

Para a construção desse modelo de avaliação, adotou-se como estratégia o uso de dados secundários provenientes do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), com o reconhecimento das necessidades de aprimoramento das críticas aos dados enviados dos municípios ao Ministério da Saúde. Tendo-se como perspectiva que a relação cadastral é importante para medir a quantidade de pessoas que estão sob responsabilidade da APS em algum momento no território, no novo modelo trabalha-se com a possibilidade do estabelecimento de critérios para considerar um cadastro como ativo ou inativo, a partir do tempo de realização da última consulta. O texto traz que isso “dará ao cidadão a opção de escolha do seu provedor de atenção primária, resgatando o livre-arbítrio como princípio maior da vida em sociedade na interação das pessoas com o SUS” (SELLERA *et al.*, 2020, p. 1407).

Além do cadastro individual como estratégia, foi realizada seleção de indicadores de desempenho, que compreendem “elementos de cuidado materno-infantil, doenças evitáveis, internações sensíveis à APS e cuidado de doenças crônicas, nos quais intervenções de baixo custo, mas de importante capacitação técnica geram enormes impactos no sistema de saúde e na vida da população em geral” (SELLERA *et al.*, 2020, p. 1407). Pactuando-os na 10ª Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde estabeleceu sete indicadores para o ano de 2020, a serem aferidos quadrimestralmente ao nível de equipe e com metas graduais, além de estarem em discussão à época outros indicadores para o ano de 2021 e 2022. Com base nos resultados deste e inspirando-se em experiências internacionais, planeja-se o pagamento por desempenho. O artigo prevê também painéis informacionais dos resultados e da própria base cadastral, para acompanhamento mensal e contínuo por gestores e profissionais de saúde.

O artigo de Reis *et al.* (2020) discute a criação da Secretaria de APS no Ministério da Saúde e suas implicações para o SUS. A criação da SAPS possibilitou, de acordo com os autores, um maior protagonismo na cadeia decisória do MS e maior participação nas discussões internas sobre a destinação orçamentária para a saúde, tornando possível a atuação nos seguintes desafios por eles designados centrais em contexto de restrições orçamentárias: a) ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família, b) definição de um novo modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência, c) definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos de família e comunidade para áreas remotas, d) fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe multiprofissional, e) ampliação da informatização das unidades de saúde e uso de prontuário eletrônico.

Como mecanismo de ampliação do acesso às unidades de saúde da família, os autores citam a portaria de instituição do Programa Saúde na Hora, que implementa o funcionamento em horário estendido das unidades de saúde da família em diferentes formatos e permite incremento no financiamento federal aos municípios que a ele aderirem.

No que tange ao modelo de financiamento da APS, discutem que o PAB fixo e PAB variável até então operantes eram mecanismos que se pautavam apenas na existência de equipes de APS, “sem reflexo sobre sua responsabilização e resolutividade” (REIS *et al.*, 2019, p. 3458). Aponta-se que o pagamento per capita não considerava a população efetivamente coberta pelas equipes de APS e não ponderava valores de acordo com vulnerabilidades, e que o PAB variável mensura mais a capacidade instalada do que os resultados em saúde.

A falta de informação individualizada sobre os usuários é trazida como elemento que dificulta a tomada de decisão para os gestores nos três níveis de gestão, por não valorizar a responsabilização de gestores e das equipes. Em resposta a isso, cita-se como avanço do MS a utilização do CPF como número de identificação única e substitutiva de diversos outros documentos de identificação, na tentativa de reduzir os cadastros duplicados e inválidos presentes nos cadastros individuais das eSF. Através de um mecanismo de checagem por CPF, um dos indicadores do novo modelo de financiamento será calculado, modelo que de acordo com os autores também “permitirá um monitoramento mais rigoroso dos resultados obtidos por cada equipe de Saúde da Família frente aos principais agravos em saúde, possibilitando pagamento por desempenho de cada meta clínica alcançada” (REIS *et al.*, 2019, p. 3458).

A criação de um novo modelo federal de provimento e formação médica em substituição gradativa ao Programa Mais Médicos é trazida como proposta que visa dar livre

arbítrio aos profissionais médicos, reduzir a rotatividade médica e a necessidade de mão de obra estrangeira. A criação de uma carteira de serviços para a AP, por sua vez, é uma estratégia que visa ajudar na definição de papéis a serem desempenhados pelos profissionais de saúde da APS e reduzir a ampla variabilidade municipal e nacional de ofertas de serviços existentes. Quanto ao desafio de ampliação da informatização das unidades e uso de prontuário eletrônico, propõe-se manter uma continuidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento do modelo de informação eletrônica em direção a permitir a integração da totalidade da trajetória clínica dos pacientes, por meio de financiamento específico fundo a fundo para que cada equipe de saúde da família possa eleger a solução de tecnologia que mais se adapta à sua realidade e ao modelo de dados obrigatórios da SAPS. Espelhando-se na experiência de outros países do mundo com sistema universal de saúde, o conjunto destas estratégias é uma aposta no aumento da eficiência na alocação dos recursos financeiros existentes e na efetividade das ações.

No artigo intitulado “Novo financiamento para uma nova Atenção Primária no Brasil”, Harzheim *et al.* (2021) apresentam o Previne Brasil e o discutem, trazendo uma análise de impacto orçamentário para os municípios com a implantação do Programa e descrevendo as motivações para a elaboração de cada elemento que o compõe, inspirado nas experiências de países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Nova Zelândia, dentre outros. Sua elaboração enquanto novo modelo se deu motivado pela preocupação com a eficiência e a efetividade da APS no SUS e partindo-se do pressuposto de que o antigo modelo promovia o sequestro da autonomia dos gestores, com repasses inflexíveis e pouco eficientes.

Nomeia-se como inefetividade a diminuição expressiva na velocidade de ganhos em saúde frente ao investimento público, exemplificada neste artigo pela redução de cobertura vacinal, perda de velocidade na redução da mortalidade infantil e enorme dificuldade no manejo de doenças crônicas. A ineficiência, por sua vez, é referenciada por um estudo do Banco Mundial, onde “foi observado que o nível de eficiência da atenção primária à saúde (APS) estava em torno de 60%, com um desperdício anual de aproximadamente R\$ 9.3 bilhões, somando os recursos dos três níveis de gestão” (HARZHEIM *et al.*, 2020, p. 1362).

O artigo descreve que para a construção do novo modelo, o pontapé inicial se deu com a formação de um “time de mais de 60 pessoas vinculadas à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, contando com apoio técnico de profissionais do Banco Mundial, da Universidade de Harvard, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul” (HARZHEIM *et al.*, 2020, p. 1363), seguido

pela realização de uma revisão crítica de todos os repasses federais realizados para a APS, paralela à realização de revisão de literatura nacional e internacional que apontou como melhor desenho um modelo misto de financiamento da APS. De acordo com os autores, foi feita a definição do modelo baseado em capitação ponderada com viés de equidade individual e contextual, bem como incentivo a ações e programas estratégicos e pagamento por desempenho, e em seguida, realizadas as construções de inúmeras simulações com vistas a garantir o maior ganho financeiro possível aos municípios.

O resultado das simulações apontou que 1.354 (24%) dos 5570 municípios considerados poderiam apresentar perda de receitas em 2020, cenário diante do qual o Ministério da Saúde resolveu garantir a transferência aos municípios nas 12 competências de 2020 o valor do melhor PAB (fixo + variável) de 2019, como um período de transição para o novo modelo. Para os mais de 4.200 municípios que teriam ganho potencial de R\$ 2,3 bilhões na simulação, a condição para efetivação desse ganho era a ampliação do número de cadastros de pessoas nas equipes de Saúde da Família.

Citando as experiências do Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia no que tange ao financiamento por desempenho, os autores destacam que apesar de sua heterogeneidade, a adoção destes modelos é decisiva quanto à melhora dos indicadores, em especial nos de imunização, saúde materno-infantil e doenças crônicas. Em adaptação destes modelos à realidade brasileira, os autores afirmam que o Brasil apostará em 2020 em 7 indicadores, com um incremento gradual até atingir 21 indicadores em 2021, abrangendo “ações relacionadas à saúde materno-infantil, às condições crônicas, às infecções sexualmente transmissíveis, à saúde mental, às internações sensíveis à APS, à fidelização das pessoas às Unidades de Saúde por meio do Net Promoter Score², à qualidade da relação médico-paciente por meio do PDRQ-9³ e da força dos atributos da APS por meio do PCATool-Brasil⁴” (HARZHEIM *et al.*, 2020, p. 1371).

² O Net Promoter Score (NPS) é uma ferramenta de avaliação que visa mensurar o grau de lealdade do usuário, sendo amplamente utilizada devido a sua simplicidade, flexibilidade e confiabilidade metodológica. Foi criada nos Estados Unidos da América e baseia-se na pergunta “Em uma escala de 0 a 10, quanto você recomendaria esta instituição para um amigo?”, sendo bastante utilizada para investigar a satisfação de clientes em relação a produtos e processos em diversos ramos (KFOURY, 2021). Embora o artigo de Harzheim *et al.* (2020) careça de referências bibliográficas que explicitem o que é o NPS, no Relatório de Gestão da SAPS (BRASIL, 2020) a referência utilizada na citação do NPS é proveniente do site Endeavor, que trata-se de uma “rede formada pelas empreendedoras e empreendedores à frente das scale-ups que mais crescem no mundo e que são grandes exemplos para o país.” De acordo com esta fonte, o NPS é uma metodologia criada em 2003 pela Bain & Company, para mensurar o quão bem as empresas estão lidando com seus clientes ou pessoas com as quais interagem (ENDEAVOR, 2020).

³ De acordo com (WOLLMANN, 2017), que em sua dissertação de mestrado, orientado por Erno Harzheim, traduz e adapta o instrumento PDQR-9 ao contexto brasileiro, o patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) é um instrumento que avalia a relação médico-paciente a partir da perspectiva do paciente, com foco

O estudo traz ainda que a “busca pela equidade, técnica, base científica e sensibilidade política foram as marcas do desenvolvimento do novo modelo de financiamento” (HARZHEIM *et al.*, 2020, p. 1371). Destaca-se que na definição do modelo final houve amplo debate com a sociedade, mencionando como atores o Congresso Nacional, mais de 10.000 gestores e integrantes de equipes de gestão das secretarias municipais de saúde nas 23 Unidades da Federação, além do CONASEMS e COSEMS’s, estes últimos tendo realizado considerações relevantes para adequar o modelo final à realidade do SUS.

O artigo de Harzheim *et al.* (2022) denominado “Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento” traz a implantação do Programa como exitosa, enfatizando como principais ganhos o aumento no número de equipes de saúde da família e de atenção primária cadastradas no SISAB, bem como no número de usuários cadastrados nestas. Cabe destacar que Erno Harzheim foi secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde em 2019 e 2020, tendo participado ativamente da construção do Programa e assinado a portaria que o instituiu.

Ao comparar a proposta de destinação de recursos de ações orçamentárias específicas do programa segundo projeto de lei e PL com correção da inflação estimada, tendo 2018 por base, o trabalho aponta manutenção do valor dos recursos em relação ao poder da moeda corrente em 2019, aumento real no valor dos repasses em 2020, perda nos ganhos orçamentários em 2021 até a data avaliada e projeção de ganhos no valor dos recursos em 2022, fazendo um balanço orçamentário positivo diante do novo modelo.

O artigo traz ainda a captação ponderada como responsável pela responsabilização dos serviços pelas pessoas e ampliação do acesso, melhorias que se tornaram possíveis através da qualificação dos registros de cadastros, liberdade de escolha das pessoas se cadastrarem onde preferem sem restrição territorial e a inclusão de equipes com carga horária de trabalho flexíveis, levando ao aumento no número de cadastros. Discute-se que o benefício do cuidado orientado para o território é a sinergia entre as ações de assistência e vigilância, o que não ocorre de acordo com os autores devido à baixa informatização e integração clínico-epidemiológica. Eles complementam afirmando que “se o cuidado deve ser centrado nas pessoas, oferecido por meio de relações de confiança ao longo do tempo, o vínculo

na percepção da disponibilidade para ajuda e empatia do médico. Foi desenvolvido em 2004 por pesquisadores da Vrije Universiteit, em Amsterdam, a partir de um questionário de avaliação de aliança terapêutica em psicoterapia, o Helping Alliance Questionnaire (HAQ).

⁴ O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Avedis Donabedian, baseando-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

necessariamente deve ser feito com as pessoas, livremente, e não com as suas casas” (HARZHEIM *et al.*, 2022, p. 612).

O lançamento do Programa Informatiza APS pelo Ministério da Saúde como maneira de incentivar os municípios a informatizarem suas unidades, através de repasse financeiro direto com a contrapartida do envio de dados qualificados dos municípios ao MS, segundo os autores fez ampliar o número de equipes plenamente informatizadas. Com a prerrogativa de que o financiamento do programa permitiria aos municípios a escolha do prontuário eletrônico que melhor se adaptasse à realidade local, o artigo cita a “consequente promoção do desenvolvimento de empresas do setor por meio da livre concorrência” (HARZHEIM *et al.*, 2022, p. 612).

Sobre o pagamento por desempenho, o artigo mostra ganhos percentuais nos resultados dos indicadores em comparação quadrimestral do quadrimestre 1 de 2018 com o quadrimestre 2 em 2021, destacando como ganhos em relação ao PMAQ a oportunidade de melhoria nos resultados através do feedback quadrimestral realizado pelo MS e da garantia de transparência à população. Justifica-se que o atraso na consideração do resultado real obtido nos indicadores definidos pelo ministério é decorrente da pandemia de COVID-19, “situação que atrasou o avanço da APS no Brasil, acumulando para os próximos anos a necessidade de mensurar e pagar de acordo com o resultado uma ampla agenda de cuidados” (HARZHEIM *et al.*, 2022, p. 613).

Em relação aos incentivos a ações específicas e estratégicas do Previne Brasil, o trabalho destaca como ganhos o número de UBS no país com funcionamento em horário estendido através do Programa Saúde na Hora, o aumento no custeio e a ampliação de equipes de saúde bucal, o aumento do número de profissionais de nível superior passíveis de composição dos NASF na APS apesar do fim do financiamento específico para os núcleos e o incentivo à formação qualificada por meio de financiamento para residências nas APS em odontologia, enfermagem e medicina. Mais uma vez, os autores destacam que o Previne teve participação ativa do CONASS e CONASEMS em sua construção e representou uma inovação para o SUS.

O estudo de Lopes *et al.* (2021), por sua vez, realiza uma análise descritiva e quantitativa de cadastros individuais disponíveis no SISAB, desde o lançamento do Previne Brasil até o terceiro quadrimestre de 2020, para os estados da região nordeste. Entre os resultados encontrados, destaca-se que a maioria das unidades federativas consideradas não apresentaram evolução percentual no período, havendo possibilidade de perda financeira para os estados no que tange à APS.

3.2 CRÍTICAS AO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO

Embora formulado há apenas três anos, o Programa Previne Brasil ensejou uma série de críticas e disputas de sentido sobre seus objetivos e possíveis consequências. Alguns autores levantam problemas e discutem seus aspectos sob diferentes perspectivas, perpassando críticas à forma de apresentação da proposta pelo Ministério da Saúde aos entes federativos, ao seu caráter tecnocrático e procedimentalista, à ausência de amplo diálogo com as sociedade civil para sua formulação e modificação, ao agravamento da diminuição do financiamento da APS, à produção de focalização em detrimento do fortalecimento da integralidade e à associação com outras medidas de caráter privatizante da saúde, como a Carteira de Serviços da APS, o Programa Médicos pelo Brasil e a criação da Agência de Desenvolvimento da APS.

O artigo de Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021) analisam o programa Previne Brasil a partir de apresentações feitas pela SAPS em diferentes estados do país e identifica contradições e alternativas para fazer frente à política vigente. Em interlocução com outras mudanças no que os autores chamam de “onda de contrarreformas” que marcam o SUS desde 2017 até o governo bolsonarista, tais como a EC 95, a formulação da nova PNAB, a carteira de serviços proposta pelo Ministério da Saúde e o Programa Médicos pelo Brasil, identifica-se o “caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da proposta que caminha na direção da cobertura universal em saúde” (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, p. 3781).

Diante da argumentação de suposta ineficiência e inefetividade do modelo de avaliação e financiamento da APS pelos atores que propuseram o Previne Brasil, Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021) argumentam que com relação ao aumento de repasse financeiro aos municípios projetado pela SAPS, não se explicitam os recursos necessários para a criação da Equipe de Apoio do Novo Financiamento no MS ou os gastos excedentes das secretarias municipais para ampliação de cadastros, muitas vezes com equipes terceirizadas por Organizações Sociais (OS).

Os autores questionam que a aposta no cadastro para garantia do cuidado e do acompanhamento aos usuários inscritos na UBS não necessariamente se efetiva, uma vez que o financiamento via capitação ponderada pode induzir a busca por cadastramento, mas inexistente incentivo financeiro federal significativo para aumentar o número de equipes e com a dificuldade real de seguimento do cuidado. Além disso, segundo os autores,

a análise sobre a suposta ineficiência do cadastramento atual desconsidera os problemas gerenciais na manutenção de equipes completas, estrutura física de unidades e perdas de registros em transições de tecnologias como nas implantações do Sistema de Informações em Atenção Básica (Sisab) ou da Estratégia e-SUS. (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, p. 3784).

Aponta-se também como contradição a programação orçamentária anual federal para a APS em 2020, que apresenta diminuição em relação a 2019, diante do argumento utilizado pela SAPS de necessidade de maior valorização do desempenho. Outros elementos pontuados são o desestímulo à manutenção do NASF e a exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional, que coloca em risco o princípio da integralidade, a intensiva normatização de programas como o Saúde na Hora, que “encapsula as equipes em arranjos de distribuição de carga horária contrárias ao vínculo com as famílias, atributo essencial da APS” (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, p. 3784), e críticas levantadas por autores do campo do movimento sanitário, como risco de “desfinanciamento”; impertinência em considerar o cadastro como via única de inserção ao SUS, desconsiderando seu caráter universal; provável direcionamento da prestação em APS para o setor privado através da conjugação entre cesta de serviços e lista de pacientes cadastrados; ausência de participação social e representação do CNS, além de prejuízo ao planejamento e segurança de financiamento pelo fim do PAB fixo (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Considera-se no referido trabalho que as soluções técnicas propostas pelo governo obscurecem os problemas relacionados ao ajuste fiscal e à desigualdade de acesso, considerando o prazo de implantação do modelo em 2020. Os autores propõem o reconhecimento das iniciativas que demandam a revogação da portaria 2.979, além da necessidade de negociação de iniciativas que não condicionem acesso ao SUS e repasse orçamentário ao cadastramento. Defende-se a manutenção do PAB fixo por seu caráter estruturante de modelo pré-fixado e sugere-se o direcionamento do incentivo financeiro ao desempenho para valorar o indicador de Acompanhamento das Condicionalidades do PBF, que “além de promover o cadastramento da população mais vulnerável, garante o monitoramento de aspectos nutricionais de gestantes e crianças com medição de peso e crescimento, calendário vacinal e frequência escolar” (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, p. 3785).

Compreendendo modelos de financiamento e pagamento por serviços de saúde como elementos fortemente indutores sobre as formas de organização do acesso, sobre o uso dos recursos disponíveis e sobre os resultados em saúde nos países, Massuda (2020) parte de

desafios históricos da APS brasileira para refletir sobre a implementação do Previner Brasil, situando-o também em relação a outras experiências internacionais. Reconhecendo a descentralização de recursos federais aos municípios e a implementação da ESF como elementos decisivos para a expansão da APS no Brasil, experiência de política de saúde inclusive reconhecida internacionalmente como bem-sucedida (MACINKO; HARRIS, 2015 *apud* MASSUDA, 2020), o autor cita fragilidades estruturais do SUS e a heterogeneidade entre os municípios como dificuldades históricas que foram aprofundadas pelo contexto político e econômico do país a partir de 2016.

Referenciando-se em estudos que realizaram análise comparativa de sistemas de saúde, o autor menciona que países com maiores percentuais de financiamento público e de alocação de recursos na APS apresentam melhores resultados em saúde e menores desigualdades entre grupos populacionais. Em se tratando de tendências globais atuais no modelo de financiamento de sistemas de saúde, o autor avalia que apesar da adoção cada vez mais frequente entre países de modelos que utilizam avaliação de desempenho, orçamento global para prestação de serviços pré-contratados, cadastro de pessoas ponderado por risco (capitação) e pagamento por casos baseado em grupos relacionados ao diagnóstico e por valores associados a resultados alcançados, existem diferentes vantagens e desvantagens destes mecanismos a depender do contexto de cada país, inclusive com a produção de efeitos inesperados. Diante destes, recomenda-se que as mudanças sejam incrementais.

Ao resgatar o histórico de desenvolvimento da APS no Brasil, ressalta o papel estratégico do Ministério da Saúde na formulação de políticas de saúde em meio ao processo de descentralização do sistema, bem como a relevância do PAB enquanto recurso regularmente transferido aos municípios para modificar o modelo de atenção à saúde, em especial nos municípios mais carentes e desprovidos de infraestrutura básica. Salienta os avanços no aumento da cobertura populacional por serviços de APS a partir da adoção da ESF, e aborda o fato de o PMAQ ter sido considerado como um dos maiores programas de remuneração por desempenho do mundo na APS.

Diante de desafios persistentes como a expansão desigual da cobertura pela APS, a frágil organização regional e a baixa capacidade de alocação de recursos estratégicos como profissionais médicos, Massuda (2020, p. 1184) pontua o provável aumento das desigualdades em saúde em função do agravamento das restrições orçamentárias impostas pela emenda constitucional 95, que limitou o crescimento de gastos federais ao reajuste inflacionário por 20 anos. Somam-se a isso o conjunto de mudanças implementadas pelo governo de extrema

direita de Jair Bolsonaro no tocante às políticas federais, cujos efeitos sobre a saúde da população, de acordo com o autor, precisam ser identificados e monitorados.

Ao discutir os possíveis impactos do Previne Brasil, o autor aponta que no modelo inglês, utilizado como referência para a construção do novo modelo de financiamento da APS brasileira, utiliza-se a capitação e a avaliação de desempenho para a remuneração de serviços, diferentemente do Brasil, que passará a utilizá-los como instrumentos para o cálculo das transferências intergovernamentais. Neste caso, cria-se como condicionante o cadastro de pessoas para o financiamento, restringindo a universalidade. Além disso, destaca-se que a efetividade de cadastros pode variar substancialmente no país, podendo existir maiores dificuldades para áreas mais carentes e em grandes centros configurar-se como tarefa de alta complexidade, resultando em restrições de recursos.

Outros possíveis impactos decorrentes do Previne Brasil pontuados por Massuda (2020) são: efeitos colaterais sistêmicos como investimento municipal nos cadastros em detrimento de melhoria da qualidade e abrangência dos serviços ou restrição de acesso, que podem desviar pacientes para outros níveis do sistema; redução do escopo de trabalho das equipes às ações dos indicadores monitorados, e abrangência comprometida em função do fim do financiamento específico para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Conclui-se que apesar do verniz modernizador, o novo programa parece servir mais a propósitos restritivos do que qualificadores dos serviços de APS, contribuindo para limitação da universalidade, ampliação de distorções no financiamento e indução de focalização da APS, retrocessos que devem ser enfrentados pelo conjunto da sociedade brasileira.

Em uma análise de diferentes documentos produzidos pelo Ministério da Saúde em 2019 e 2020 para a reorganização da atenção básica e tendo como lente analítica as atribuições gestoras e os princípios e diretrizes do SUS, o artigo de Morosini, Fonseca e Baptista (2020) aborda a consolidação progressiva de um viés gerencialista e produtivista na gestão de serviços e processos de trabalho na atenção básica, com subjugação desta a interesses mercantis e privados incrementada por instrumentos desde a publicação da PNAB de 2017.

As normativas do Previne Brasil, a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS) e a publicação da Carteira de Serviços da APS (CaSAPS), objetos de estudo do trabalho, ampliam as possibilidades de privatização da saúde quando combinados sinergicamente, de acordo com as autoras. Explicita-se a estratégia política de apresentação destas propostas e demais normativas pelo Ministério de forma fragmentada, enunciadas isoladamente e com tempos acelerados para a discussão, com secundarização da

participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como conselhos estaduais e municipais.

Em um duplo movimento, a lei 13.958 de 18 de dezembro de 2019 institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e autoriza a criação da ADAPS. O PMB é anunciado como uma contraposta substitutiva ao Programa Mais Médicos, visando incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a especialização em medicina de família e comunidade. A ADAPS, por sua vez, é uma instituição de direito privado sem fins lucrativos que visa promover a execução de políticas de desenvolvimento da APS em âmbito nacional, incluindo a execução do PMB, mas não restringindo-se a ele, cuja criação foi justificada na medida provisória nº 890 (precursora da lei 13.958) como uma alternativa à gestão pública que busca conferir “segurança jurídica à execução da política” (do PMB) e “sustentabilidade econômica para a sua implementação”.

De acordo com as autoras, a instituição da ADAPS constitui uma nova e ampla porta de entrada para o setor privado no SUS, onde a transferência de competências de gestão da atenção básica para a ADAPS e a possibilidade desta agência contratar prestação de serviços de empresa pública ou privada é citada como possibilidade festejada pelo setor de saúde suplementar (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 11). Além da abdicação do poder público como papel de gestor do sistema de saúde ao colocar-se no lugar de contratante (como um único comprador para vários vendedores), as autoras problematizam a predominância de instâncias representativas de gestão e de entidades médicas associadas a interesses privatistas em sua estrutura institucional, com apenas um representante do CNS no Conselho Deliberativo da ADAPS (seu órgão de deliberação superior).

Com relação ao Previne Brasil, as autoras pontuam que apesar de um dos argumentos centrais para a sua elaboração ser o aumento da autonomia do gestor, o que se apresenta nele é “muito mais uma mudança no que é objeto do incentivo federal e seus propósitos do que uma ruptura com a lógica indutiva” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 9). A capitação ponderada, ao conjugar como elementos a ênfase na pessoa cadastrada e o balanceamento pelas condições de vulnerabilidade, é trazida como uma preocupação por seu enfoque no indivíduo em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada, além de agravar a ruptura com a universalidade e promover uma APS focalizante, com direcionamento dos recursos escassos para segmentos mais pobres da população. Ainda que ponderada por critérios de vulnerabilidade, a capitação desconsidera o processo social e político de produção de vulnerabilidades, tendendo a tornar “menos visíveis os problemas territoriais e a desmobilizar ações do campo da saúde que transcendam a clínica biomédica”

(MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 10). Cita-se ainda os esforços do COSEMS-RJ em realizar um estudo que projetava diferentes cenários de repasse federal aos municípios para 2020 com base apenas na capitação ponderada, que enfrentaram dificuldades devido à celeridade do debate e à não divulgação da base de dados e metodologia de cálculo utilizadas pelo MS.

Sobre o pagamento por desempenho através de resultados de indicadores, as autoras pontuam a não valorização das experiências do PMAQ e o fato do monitoramento de procedimentos e resultados das ações de saúde não abarcarem avaliação dos processos de trabalho. Menciona-se ainda a existência de diferenças importantes entre o sistema de saúde inglês, utilizado como referência para a proposição do Previne, e o brasileiro, considerando as desigualdades estruturais que marcam a formação social brasileira:

As desigualdades sociais, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um modelo que considere as dificuldades e vulnerabilidades existentes, orientando-se pela equidade. Tal modelo não pode perder de vista a perspectiva da construção da igualdade de direitos e a universalidade, compromissos que deveriam guiar as políticas de gestão do SUS e, em particular, o papel redistributivo do financiamento federal. Sem esse horizonte, orientar-se pelas vulnerabilidades sociais afasta-se da equidade e transmuta-se em focalização e restrição de direitos. (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 10-11).

Sobre o pagamento por incentivo para ações estratégicas, comenta-se a extinção de dos incentivos que reforçavam a orientação do modelo e a estruturação do trabalho na lógica comunitária, como a implantação de eSF, NASF - de acordo com as autoras, preterindo-se uma estratégia de construção da integralidade e do cuidado ampliado territorializado - e saúde indígena.

Detalhadamente analisada por Morosini, Fonseca e Baptista (2020), a CaSAPS é apresentada como um documento de referência a ser utilizado pelos gestores que reduz o escopo de ações da APS quando comparada aos parâmetros que vinham orientando a expansão da ESF. Distanciando-se da noção de território, sem citar a participação popular como elemento constituinte da APS, evocando a integralidade sem explicitar orientações e medidas para sua concretização, reduzindo a multiprofissionalidade a noções clínicas, apagando o trabalho do ACS, dentre outras reduções, as autoras demonstram que a lista de serviços e ações que estrutura a CaSAPS evidenciam seu caráter individualizante e procedimental, com enfoque biomédico e reducionismo da integralidade enquanto diretriz da APS. Constituindo uma lista restrita de serviços, a CaSAPS ajuda a consolidar um modelo biomédico que é mais afeito às práticas do setor privado.

Analisadas conjuntamente, o pacote de mudanças promovidas é sintetizado em metáfora pelas autoras:

A natureza das propostas e o modo como são apresentadas e justificadas evocam a imagem do Cavalo de Troia, o presente grego dado aos troianos que levou ao interior da cidade os meios para a conquistar. Embrulhadas para presente, as mudanças que tais medidas comportam são apresentadas como meio para a solução dos problemas de autonomia da gestão local, de resolutividade, acesso, eficiência e eficácia da atenção básica. Desembrulhadas, revelam o potencial de acelerar e aprofundar a privatização e a renúncia do SUS aos princípios que, articulados, formam sua principal frente de luta: o direito universal e igualitário à saúde – promovido com base na equidade –, a integralidade da atenção e a participação popular. (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 16).

4 METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa. Como método de pesquisa, utilizou-se a análise documental de as normativas ministeriais que estabelecem formulações ou reformulações do Programa Previne Brasil e seus componentes, disponibilizadas no site do Ministério da Saúde.

O período da seleção dos documentos ocorreu entre março e maio de 2022. Numa primeira etapa, realizou-se a leitura flutuante da relação de documentos publicados entre 2019 e 2022 disponíveis na seção Materiais de Apoio, na aba Previne Brasil do site do Ministério da Saúde. Do universo de 438 documentos dispostos no período considerado, distribuídos nas subseções “Portarias de Credenciamento”, “Portarias de Descredenciamento”, “Portarias de Suspensão”, “Legislação Específica”, “Notas Técnicas”, “Incremento PAB”, “Requalifica”, “Residências”, “ADAPS”, “FAQ” e “Manual Instrutivo do Financiamento da APS”, considerou-se como critério de inclusão todos os documentos que estabelecem ou reestabelecem programas e ações/estratégias que compõem o Programa Previne Brasil. Foram excluídos do estudo todos os documentos decorrentes da aplicação prática de regras estabelecidas, tais como portarias de credenciamento, descredenciamento e suspensão, documentos de elucidação de dúvidas, documentos informativos como notas técnicas, além de documentos com temáticas alheias ao programa Previne Brasil. Os documentos que porventura possuíam um link de acesso relacionado no site mas que no ato do acesso resultaram como “Página Não Encontrada” também foram desconsiderados.

Para a organização dos documentos selecionados, foi construída uma tabela com as colunas de nome do documento, data de publicação, descrição e autoria, além de codificação para facilitar sua identificação posterior. Para a análise em si, foi utilizada a taxonomia das necessidades em saúde proposta por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Norma Fumie Matsumoto e adaptada por Emerson Merhy.

5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considerando a finalidade da produção deste trabalho, o alcance das análises e das reflexões propostas não pretende esgotar o assunto, mas levantar questões sobre a relação da taxonomia das necessidades em saúde com o Programa Previne Brasil. Há que se considerar como limitação que a escolha dos documentos normatizadores do programa precisou ser realizada considerando as fontes oficiais disponíveis e o tempo para a execução do trabalho, e também o fato de a bibliografia de referência que embasa a proposição da taxonomia, qual seja, a tese de doutorado de Eduardo Stotz, não estar disponível em acesso público.

As buscas à biblioteca da Fiocruz em que a tese está localizada foram realizadas, mas de acordo com informantes locais a biblioteca encontra-se em obra por tempo indeterminado, impossibilitando o acesso a ela e conseqüentemente dificultando uma análise possivelmente mais pormenorizada.

6 RESULTADOS

Quadro 2 - Codificação dos documentos selecionados e analisados

Codificação	Documento	Data	Descrição	Autoria
Institui Informatiza APS	PORTARIA Nº 2.983	11/11/2019	Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.	Luiz Henrique Mandetta
Institui o Previne Brasil	Portaria 2.979	12/11/2019	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.	Luiz Henrique Mandetta
Indicadores desempenho	Portaria Nº 3.222	10/12/2019	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.	João Gabbardo dos Reis
Prazo capitação COVID-19	Portaria Nº 29	16/04/2020	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19).	Erno Harzheim
Desempenho potencial 100%	Portaria 1.740	10/07/2020	Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).	Eduardo Pazuello

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 - Análise dos documentos de acordo com a Taxonomia das Necessidades em Saúde

Codificação	Necessidade de boas condições de vida	Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do “modo de andar a vida” (construção do sujeito)	Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença	Destaques e comentários
Institui Informatiza APS	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	A portaria define os valores do incentivo financeiro por equipes nos municípios que realizaram a adesão ao programa, sem qualquer menção às necessidades do usuário.
Institui o Previne Brasil	Não menciona	Menciona acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde	Menciona a importância da territorialização e adscrição das pessoas aos serviços de APS e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida	Não menciona	Não menciona	Menciona a necessidade de implantação de ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas e espacial, entre outras, sem maiores detalhamentos.
Indicadores desempenho	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Cita consideração das atuais e melhores evidências científicas sem descrever quais; ampliação do número de indicadores condicionada à disponibilidade financeira e orçamentária do MS.
Prazo capitação COVID-19	Não menciona	Menciona a responsabilidade sanitária e a importância de ampliar o acesso das pessoas às ações e aos serviços essenciais da	Não menciona	Não menciona	Não menciona	A prorrogação do prazo da etapa de transição da capitação ponderada diante do cenário epidemiológico se dá apenas para os municípios que sofreram manutenção ou acréscimo no valor de transferência; prorrogação se dá de novembro de 2019 a junho de 2020.

		APS				
Desempenho potencial 100%	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Considera 100% do alcance dos indicadores para pagamento de desempenho dos municípios que sofreram acréscimo ou manutenção nos valores de capitação ponderada, até a competência financeira de dezembro de 2020, com novo recálculo em dezembro.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos cinco documentos analisados, três não fazem menção direta ou mesmo tangencial a qualquer uma das cinco necessidades dispostas na taxonomia. Há menção à necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida em apenas dois documentos, e em ambos a necessidade aparece vinculada à garantia dos serviços de APS na seção inicial de considerações. A necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação) é expressa apenas na portaria de instituição do Previne, aparecendo também na seção das considerações iniciais e relacionando-se ao processo de adscrição e territorialização. A ausência de menção à necessidade de boas condições de vida em todos os documentos analisados, bem como de alusão à necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do “modo de andar a vida” e à necessidade de ser alguém singular evidencia uma ausência de consideração do conceito ampliado de saúde como horizonte na formulação das normativas.

7 DISCUSSÃO

As necessidades de saúde da população, em sua amplitude e polissemia, deveriam ser a razão de existência dos serviços de saúde, no sentido de se constituírem como objeto de trabalho das práticas em saúde e por meio das quais deveria se organizar a rede de atenção à saúde. A categorização destas em uma taxonomia é uma das maneiras de torná-las mais facilmente adotáveis enquanto elemento analítico pelos trabalhadores e usuários, podendo contribuir para a leitura dos problemas, dificuldades, potencialidades e possíveis caminhos na construção de um SUS universal, equânime e integral.

Enquanto lente para analisar um conjunto de documentos que propõe um determinado modelo de financiamento para a atenção primária, a taxonomia proposta por Cecílio e Matsumoto e adaptada por Merhy é útil para tornar visível a proximidade ou distância deste modelo em relação à perspectiva de um sistema de saúde que considere a centralidade do usuário na construção deste. Se por um lado pode-se argumentar sobre a distância entre esses dois elementos ser previsível, tendo em vista que os documentos não necessariamente precisam citar ou explorar o tema das necessidades em saúde em seu escopo para estarem sendo consideradas por seus atores proponentes, por outro pode-se analisar que o fato delas não aparecerem no conjunto de documentos, ou aparecerem de forma recortada e genérica, é sintomático quanto à restrição do horizonte de discussão que se projeta a partir da definição das novas regras.

O que se verificou ao analisar a presença ou ausência das necessidades em saúde nos documentos selecionados sobre o Previne Brasil é justamente a sua não consideração, salvo as menções à garantia de tecnologias que melhorem e prolonguem a vida e a necessidade de existência de vínculo com um profissional ou equipes. Desta forma, torna-se necessário refletir não apenas sobre a restrição do horizonte a partir da definição das novas regras de cálculo para o financiamento da APS, como também sobre os limites da discussão que propiciou a sua definição.

É sabido que a construção e aprovação do Previne Brasil, com base na literatura de revisão e tal e qual a aprovação da PNAB de 2017, contou com baixa participação popular e restringiu-se a ambientes de gestão, o que não significa que não tenha encontrado resistência. A estratégia adotada na proposição das novas regras foi restringir seu tempo e seu espaço de discussão com a sociedade civil, transformando a discussão das políticas de saúde em “problemas de gestão” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020), como se a construção de tais políticas prescindisse da escuta e contribuição dos usuários dos serviços. Quanto mais

diversa é a composição dos grupos de atores que constroem políticas públicas, maior a probabilidade de se construir respostas potentes para problemas melhor construídos.

A construção narrativa de que o antigo modelo de financiamento da APS (definido pelo PAB fixo e PAB variável) era ultrapassado, ineficiente e ineficaz, reiteradamente expressa por Harzheim e demais integrantes do grupo de profissionais propositores do Previner Brasil, situa os mecanismos de financiamento como origem de grandes dificuldades no alcance dos objetivos da APS. Não se pode desconsiderar a importância de tais mecanismos na composição das possibilidades de desenvolvimento dos atributos e diretrizes da APS, mas é também sabido que o SUS enfrenta um grave e contínuo problema de subfinanciamento que transcende o âmbito da atenção primária, sendo intimamente conectado ao desafio político de sua construção. Toda e qualquer discussão sobre políticas de saúde em âmbito federal que subjuguem este subfinanciamento e o desafio político que o acompanha a um segundo plano corre o risco de ser um esforço inócuo, se o objetivo real for propiciar as condições para a melhoria da qualidade de vida da população, em direção à efetivação da saúde em seu conceito ampliado.

Este objetivo, no entanto, não é sequer verbalizado nas agendas dos governos dos últimos anos, seja o de Michel Temer ou de Jair Bolsonaro. Conforme anteriormente citado, o teto que congelou os investimentos em saúde e educação pelos próximos 20 anos e a proposição da PNAB de 2017 foram duas mudanças importantes para a saúde que acompanham outras agendas, e que em suas especificidades estão afinadas com os pressupostos da corrente teórica do neoliberalismo. Apesar das muitas interpretações possíveis para as articulações e rearticulações políticas realizadas nesse período conturbado do contexto brasileiro, as quais não são o objetivo central deste trabalho, pode-se dizer que as políticas de saúde para a atenção primária construídas ao longo dos governos petistas foram sendo desmontadas, descaracterizadas e expostas a uma ainda maior participação do setor privado.

A saúde enquanto um bem comum, enquanto um direito social a ser garantido pelo estado e produzida a partir das condições de vida da população, passa a ser progressivamente reduzida à condição de mercadoria. Se a racionalidade neoliberal pressupõe intervenção mínima do estado, centrando-se no mercado como regulador da economia, a sua expressão na atenção primária implica em torná-la focalizada, restrita a populações mais pobres e vulneráveis, sem compromisso com a garantia de condições para o desenvolvimento de um trabalho sensível às necessidades de saúde dos usuários.

Conforme descrito na introdução deste trabalho, a análise realizada por Morosini, Fonseca e Lima sobre a PNAB de 2017 aponta uma ambivalência de discurso na política como estratégia para blindá-la à crítica, que se evidencia no uso de verbos que denotam uma flexibilidade para a organização da APS ao mesmo tempo em que ocultam escolhas ideológicas prévias. Observando-se o referencial teórico que descreve a proposição do Previne Brasil, da ADAPS e da CaSAPS e suas respectivas características, pode-se dizer que em tais mudanças abandona-se a pretensão de esconder sua orientação ideológica neoliberal.

Os argumentos que sustentam a proposição do Previne centram-se na ineficiência e inefetividade da APS brasileira, e baseiam-se em estudos do Banco Mundial (BM). Não é novidade que tal instituição há muito tempo influencia as propostas para políticas sociais na América Latina, e que considera que maior participação do setor privado nos sistemas de saúde confeririam um aumento de eficiência, perspectiva bastante oportuna num momento do capitalismo em que o setor de serviços sociais passa a ser visado pelos atores do mercado financeiro como fonte de lucro e valorização do capital estagnado (ALVES; BARBOSA; VIEIRA, 2022; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Relaciona-se a essa influência também as reiteradas referências às experiências de outros países na proposição do Previne, seja com menção à experiência de adoção de captação ponderada ou de pagamento por desempenho. Dadas as incontáveis diferenças no histórico de conformação de cada um deles, as comparações precisam ser cuidadosamente dimensionadas, sob o risco de se utilizar como suposta solução para os problemas brasileiros modelos de pagamento que se conformaram respondendo a demandas e necessidades distintas. Ainda que possam existir similaridades, essa transposição é perigosa e descentra de foco as análises existentes sobre as redes de atenção à saúde brasileiras, onde evidencia-se com mais clareza que a eficiência e efetividade da APS vão estar intimamente relacionadas aos desafios de regulação com os outros níveis de atenção à saúde.

A mudança no financiamento iniciada no final de 2019 (considerando-se a data de publicação da portaria 2.979) prosseguiu simultaneamente e apesar da pandemia de COVID-19, o que fez dividir os esforços dos gestores municipais em reorganizar os serviços de saúde com vistas a prevenir e conter o avanço do vírus. As inúmeras portarias, notas técnicas e outras tipologias documentais, que demoraram a ser publicizadas quando comparadas ao tempo em que as decisões foram tomadas nas reuniões da CIT, dificultaram a compreensão dos critérios que estavam sendo considerados pelo MS para os componentes do PB. O próprio entendimento de como realizar a melhoria na efetivação dos cadastros e como qualificar o registro e transmissão das informações relativas aos indicadores de desempenho pode ter sido

um desafio em muitas realidades municipais, considerando as múltiplas exigências para a contabilização no SISAB. Apesar do planejamento de transição gradual para o ano de 2020, pode-se questionar se não teria sido - para utilizar o mesmo termo caro aos seus proponentes - mais eficiente adiar a mudança, considerando a situação epidemiológica, a situação de saúde mental dos trabalhadores da saúde e as idas e vindas na adoção e pactuação dos critérios junto ao CONASS e CONASEMS, processo que por si só merecem um estudo mais aprofundado.

A adoção do componente de captação ponderada no PB é justificada com base no fato de o PAB fixo não se basear na realidade das pessoas de fato atendidas na APS, além de ser vista como um elemento que conferiria maior responsabilização das equipes pela população. Esse componente torna instável e insegura a transferência de valores que existia e que permitiu a expansão da ESF e da cobertura de AB, fazendo incidir sobre o gestor municipal e as equipes a pressão em avançar no cadastramento e desconsiderando as dificuldades que possam existir nesse processo, conforme apontou (MASSUDA, 2020).

A premissa de que o repasse por usuários cadastrados faria a responsabilização dos profissionais aumentarem parte do pressuposto de que é necessário ter um mecanismo de remuneração para que a responsabilização se dê, como se ela não pudesse se estabelecer sem isto e como se o quantitativo de cadastro significasse maior qualidade na atenção à saúde. Na verdade, a corrida por cadastros que se estabelece visando maiores ganhos de recurso pode, ao contrário, impactar negativamente na qualidade dessa responsabilização, pois pode reduzir o quantitativo de tempo e esforço despendido nas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, dada a pressa em evitar a perda de recursos, além das possíveis perdas cadastrais que ocorrem em mudanças de prontuário eletrônico e que induzem a necessidade de recadastramento, gerando retrabalho.

A responsabilização pressupõe condições para o desenvolvimento de vínculo, necessidade de saúde que só é possível atender mediante o acompanhamento longitudinal entre equipes e usuários e que implica na necessidade de autonomia dos profissionais, onde se combinam inúmeros saberes para a produção do cuidado. O vínculo é citado na portaria do Previne junto à diretriz de territorialização, mas isso contradiz o discurso de Erno Harzheim *et al.* (2020), que veicula o suposto benefício do usuário poder escolher livremente o seu provedor de atenção primária, já que “o vínculo se dá com pessoas e não com suas casas”.

A ideia da territorialização presume que o conhecimento do contexto de vida das pessoas, com toda a complexidade dos múltiplos determinantes que influenciam a situação de saúde, deve orientar as ações dos serviços de saúde e sua interlocução intersetorial. Ao adotar como método a adscrição de clientela, sem necessariamente observar-se este contexto, reduz-

se a chance de compreender e desenvolver o cuidado singularizado. Sem a integração de ações clínico-epidemiológicas, elemento também constituinte da territorialização, a capacidade de prevenção efetiva de doenças, especialmente as transmissíveis, é reduzida. Sem conexão ao território e às condições de transporte, moradia, educação, sem compreender a rede de relações que as pessoas estabelecem umas com as outras, as ações de vigilância e de prevenção podem ser insuficientes e fragmentárias, reduzindo justamente a eficiência que se busca ao suprimir a importância do território e tratando de forma individualizante fenômenos que são coletivos e contextualizados.

A utilização dos critérios para a ponderação na captação ponderada se assentam sob o discurso de garantia de equidade, e se referem a pesos maiores na definição dos valores a partir de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica definida por tipologia do IBGE. Estes parâmetros preenchem uma lacuna da PNAB de 2017, onde se recomendava que os agentes comunitários deveriam cobrir 100% das populações em condições de maior risco e vulnerabilidade, até então sem especificar o que seria esse maior risco, e não 100% da população coberta pela ESF. Em se tratando de equidade, seria bastante oportuno a menção à necessidade de ser alguém singular com direito à diferença, preocupação que não se aproxima da perspectiva adotada pelos propositores do PB.

Se a PNAB de 2017 já representava uma relativização da universalidade, a adoção da captação ponderada provoca um rompimento claro com esse compromisso ao priorizar a população que não possui recursos para recorrer à saúde suplementar. Necessário lembrar do contexto de crise social e o empobrecimento da população decorrente da pandemia, onde parte desta deixa de ter condições financeiras para pagar planos de saúde e ainda assim não se inserem nos critérios adotados de vulnerabilidade socioeconômica. Quando se considera a população estimada na contabilização do repasse financeiro tal qual o PAB fixo, privilegia-se a universalidade do acesso ao serviço de saúde, dando subsídios para o fortalecimento do SUS. Por mais que o antigo modelo de financiamento pudesse precisar de adaptações, abandonar a perspectiva da universalidade é criar precedente para a redução progressiva, direta e indireta do acesso não apenas à APS, mas também a outros níveis de assistência.

Embora à primeira vista essa atribuição de pesos possa parecer uma medida para contrabalancear as iniquidades em saúde, ela se assemelha à ideia de subsídio à demanda, que remete ao debate internacional da cobertura universal em saúde *versus* sistema universal de saúde, bem explorado por Giovanella *et al.* (2018). Um sistema universal de saúde pressupõe um conjunto de sistemas que propiciam o atendimento às necessidades de boas condições de vida, incluindo educação, transporte, moradia, etc, pois parte-se do conceito ampliado de

saúde. Já a cobertura universal faz menção à cobertura pelo serviço de saúde, partindo-se de uma redução do conceito desta (CONILL, 2014). Pela atribuição de valores diferenciados da captação ponderada, combinadas à ausência de garantia de recursos, distancia-se da perspectiva de atendimento de toda a população e do compromisso com a integralidade.

A integralidade é um dos princípios do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a ser operacionalizada na Atenção Básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica. Enquanto princípio do SUS, é definida como o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e da coletividade.

O segundo componente do financiamento no Previne se refere aos indicadores de desempenho. Como indicadores para realização de repasse correspondente em 2020, consideram-se a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, a cobertura de exame citopatológico, a cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente, o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. A portaria 3.222 de 10 de dezembro de 2019, que não menciona nenhuma das necessidades de saúde da taxonomia, cita ainda que a incorporação dos outros indicadores está condicionada à disponibilidade financeira e orçamentária do Ministério da Saúde.

Embora a escolha dos indicadores faça sentido do ponto de vista do impacto que produzem na redução de custos e do papel da APS na RAS, a transferência de recursos com base na realização dessas ações possivelmente induzirá à priorização delas no cotidiano de trabalho das unidades. Pode-se argumentar que elas são o mínimo que se espera dos serviços, mas se o recurso se detém sobre a realização deste mínimo, abre-se mão da realização de investimento em propiciar e ampliar o reconhecimento de demais necessidades de saúde, essencial para a integralidade.

É importante reconhecer também o imprevisto em condicionar a adoção de outros indicadores à disponibilidade financeira e orçamentária do MS. O descompromisso com a

garantia adequada de recursos é tamanho que, até 2022, ao final do governo Bolsonaro e com o rombo orçamentário nas contas públicas decorrente dos gastos com sua campanha eleitoral presidencial, os outros indicadores previstos na portaria 3.222 para incorporação não foram incorporados. Os critérios de consideração e a própria natureza dos indicadores iniciais também foram posteriormente modificados, mais uma vez sendo sintoma da instabilidade nas proposições por parte do MS.

As estimativas de transferência dos recursos de custeio feitas para 2020 como período de transição e com base na adoção de novas regras dividem os municípios em dois grupos, o primeiro sendo os que apresentam manutenção ou acréscimo de valores e o segundo os municípios que apresentam decréscimo, expressos por meio da portaria ministerial nº 172 e 173 de 31 de janeiro de 2020, respectivamente. Por seu caráter operacional, estas portarias não entraram no escopo deste trabalho, mas são importantes para compreender a portaria 1.740 de 10 de julho de 2020. Nesta, resolve-se considerar para cálculo o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe em 2020 apenas para os municípios que apresentam manutenção ou acréscimo. É questionável qual teria sido a real motivação para desconsiderar o alcance de 100% para o outro grupo de municípios, uma vez que a justificativa para tal mudança era a pandemia de covid-19, que afetava de formas distintas a totalidade do país. Pode-se especular se os municípios desfavorecidos com a aplicação das novas regras não seriam justamente os municípios que mais precisariam de apoio financeiro para a execução das ações da APS.

A mesma seletividade se deu quanto à prorrogação do prazo da etapa de transição da capitação ponderada, considerada apenas para o grupo de municípios que teriam manutenção ou acréscimo de valores na portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Não seria de se estranhar que essa seleção fosse um mecanismo de “punição” aos municípios que não corresponderam às expectativas dos resultados do PB, dada a perspectiva gerencialista adotada pelo MS. Corre-se aqui o risco de assumir essa possibilidade sem compreender em totalidade as razões reais para essas escolhas, mas tal interpretação é possível dada a fragmentação das informações e modus operandi de reforço positivo que caracteriza o PB.

A adoção dos indicadores de desempenho coincide com a denominada racionalidade gerencial hegemônica⁵, por basear-se em resultados de indicadores pré-selecionados. Embora não seja inovadora, uma vez que o PMAQ-AB já trazia incentivos financeiros por metas de

⁵ Gastão Wagner denomina de racionalidade gerencial hegemônica o conjunto de teorias ou métodos que buscam regular o trabalho humano, que em uma lógica mecânica se valem de métodos diretos ou indiretos de controle, como supervisão ou avaliação de resultados, respectivamente. Para maiores detalhes, ver Campos (2010).

indicadores alcançadas, a simplificação dos indicadores e a massificação em torná-los pré-requisito para o recebimento dos recursos de custeio são uma evidência não de uma melhoria no monitoramento, mas de um constrangimento e restrição na perspectiva do que seria importante monitorar. Por mais que do ponto de vista da avaliação em saúde o PB provoque uma melhoria na frequência disponibilização dos resultados aos gestores municipais, facilitando para este essa visualização e o planejamento em saúde, não avaliar outros aspectos inclusive qualitativos é um desperdício de oportunidade para se trabalhar em cima dos desafios clínicos, assistenciais e de organização dos processos de trabalho.

A previsão de incorporação dos indicadores globais de avaliação de qualidade assistencial e experiência do paciente não se realizou, e pode-se questionar sobre a pertinência em utilizá-los para a avaliação de serviços públicos dado o seu caráter de direcionamento do uso a serviços privados e empresas. Considera-se aqui que o modelo de avaliação oferecido pelo PMAQ-AB produziu uma série de subsídios para a identificação dessa qualidade assistencial, sendo potente na construção de uma APS abrangente e não devendo ser descartado.

O caminho de construção para uma APS abrangente inclui a garantia de condições para o exercício da integralidade. A integralidade é um princípio do SUS que compreende diferentes dimensões, conforme abordado no artigo de Oliveira e Pereira (2013). Enquanto abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram, é pressuposto fundamental para a possibilidade de se contemplar as necessidades de saúde dispostas na taxonomia de Cecílio e Matsumoto.

No PB, mais uma vez, suprime-se essa perspectiva ao se suspender incentivo financeiro específico para a implementação dos NASF-AB. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família consistiam em uma ferramenta estratégica de melhoria da resolubilidade da AB, criados pela portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008 como equipes que contavam com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e que atuavam em parceria com as eSF para oferecer retaguarda assistencial e suporte pedagógico ao trabalho. Nesse sentido, é uma importante iniciativa para a construção de um trabalho menos médico-centrado e mais aberto ao que se apresenta como necessidade de saúde pelos usuários.

A PNAB de 2017 já contribuía para a descaracterização dessa proposta ao omitir a perspectiva de apoio na nomenclatura, rebatizando-a de núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB). Sem a inclusão de financiamento específico para este no componente de incentivo para ações estratégicas do PB, fica a cargo dos gestores municipais a

decisão em mantê-las. Caso estes escolham mantê-la e financiá-la com recursos próprios, precisarão decidir em que formato isso se dará, podendo inclusive vincular apenas um profissional a uma equipe de APS. Na prática, isso significa o total abandono da perspectiva inicial dos NASF e do matriciamento, o que pode-se considerar como prejuízo à integralidade.

A criação do programa Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, através da portaria nº 2.983 de 11 de novembro de 2019, é uma iniciativa do MS que antecede a criação do PB e que neste é incorporada no componente de incentivo para ações e programas estratégicos. Embora a informatização enquanto tecnologia que pode agilizar o trabalho em saúde seja desejável, e nesse sentido a criação de um programa específico para a sua expansão tenha razão de existir, a aposta no aporte financeiro federal baseada nas informações provenientes dos sistemas de informação que caracteriza todos os componentes do PB é muito arriscada.

O aumento da informatização nas unidades é importante como condição de infraestrutura que otimiza o processo de trabalho, mas pensando-se nas possibilidades de utilização dos prontuários privados e inclusive o seu incentivo a isto pelas proposições de Harzheim (2020), é possível imaginar que estas empresas nem sempre estarão correspondendo às necessidades de adequação ao SISAB. É necessário se atentar aos riscos envolvidos ao se colocar os dados dos usuários na mão do setor privado, ainda que a adoção de prontuário privado seja contratualizada com os municípios.

A informatização não deve ser um processo pensado sem levar em conta não só as necessidades dos usuários, mas também as necessidades dos trabalhadores, que nas diferentes realidades podem apresentar dificuldades diversas no uso dos sistemas, tal como acesso a capacitação consistente para registro adequado de informações nestes. Este é um aspecto que merece estudos específicos, considerando o sentido de urgência em evitar perda de repasses e a heterogeneidade entre os municípios na escolha do modo de transmissão das informações. Considerar a diferença entre essas realidades, que condicionam as experiências, pode dizer dos limites na tentativa de homogeneizar o modo de informatização no país, além dos problemas que decorrem disso, como a já citada secundarização do emprego de esforços outros na melhoria da APS.

Neste trabalho, embora os documentos de criação da CaSAPS, PMB e ADAPS não tenham entrado nos critérios de seleção, eles informam quanto ao horizonte mercadologizante, médico-centrado, gerencialista das modificações geridas pelos muitos ministros da saúde que passaram pela gestão bolsonarista, e que vão de encontro ao caráter do PB. A combinação de suas características permite a visualização da metáfora do cavalo de tróia, conforme abordada

por Morosini, Fonseca e Batista (2021), como também é possível enxergá-las como as regras operantes do balcão de trocas que se estabelece no âmbito interfederativo, onde muitos gestores aceitaram o PB na tentativa de receber mais dinheiro.

O que se estabelece nesse momento histórico é uma imprevisibilidade institucionalizada, onde a única continuidade é a perspectiva de tornar a APS um negócio rentável para investidores. Há uma fragmentação sistemática na forma de apresentação das mudanças, que evidencia-se pelo grande número de publicações, realizadas em momentos distintos e aos poucos, e disponibilizadas no site do MS. A organização de sua disposição no site não facilita o acesso público a elas, uma vez que elas misturavam-se a outros documentos normatizadores e não se organizavam por data de publicação, dificultando a distinção das últimas mudanças para cada assunto.

A partir da análise da presença das necessidades de saúde na taxonomia proposta por Cecílio e Matsumoto e adaptada por Merhy nos documentos do PB, é possível depreender o desaparecimento da centralidade destas na composição da APS conforme preconizava o ideário da reforma sanitária e da saúde coletiva. Há uma perda de referência do potencial da APS no fortalecimento do sistema público de saúde, sistematizada tanto pelo conteúdo quanto pela forma das mudanças. A suposta maior autonomia dos gestores municipais, na verdade, significa a operacionalização da individualização como paradigma, desfazendo o papel do ministério da saúde como condutor do processo de transformação da saúde.

8 CONCLUSÃO

Diante do completo esvaziamento dos conceitos de territorialização, integralidade, universalidade, equidade, e do ato de majoritariamente ignorar as necessidades de saúde como estruturantes do modelo de atenção à saúde que se deseja, recomenda-se a revisão e revogação do Previne Brasil no novo governo por sua incipiência no estabelecimento de mecanismos que possam fazer ampliar a capacidade dos serviços de saúde em estarem sensíveis às necessidades de saúde.

Com o desaparecimento da perspectiva de acesso universal frente ao advento da ideia de cobertura universal, evidenciada nos componentes do PB, é preciso resgatar a universalidade como princípio orientador na proposição das políticas de saúde. Um sistema de saúde que se propõe a ser universal e que segue sendo uma conquista de direitos fundamental para o Brasil implica em se ter como perspectiva que a saúde não é um negócio. A saúde é resultado de uma série de condições de vida, de necessidades que se transformam ao longo do tempo e que se expressam mais ou menos, são mais ou menos apreendidas, a depender dessas condições que as produzem.

Faz-se necessário que a produção acadêmica no âmbito da saúde coletiva se debruce em esmiuçar os impactos das mudanças realizadas na APS ao longo dos últimos governos, com vistas a evidenciar seus efeitos e ampliar a discussão e construção de ferramentas de planejamento, avaliação e financiamento que permitam fortalecer um SUS público, gratuito e de qualidade.

Recomenda-se a realização de estudos que permitam traçar uma linha cronológica das publicações de portarias desde a publicação da portaria do Previne Brasil, o que muito contribuiria para ajudar os gestores e profissionais de saúde a planejarem ações imediatas, mas também a fortalecer a discussão necessária sobre os seus limites enquanto programa de financiamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 29 out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>.

ALVES, P. K. L.; BARBOSA, E. A.; VIEIRA, A. C. S. Incorporação das diretrizes do Banco Mundial para a atenção primária à saúde. **Revista Em Pauta**, v. 20, n. 50, p. 170185, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.12957/rep.2022.68519>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 286, 14 jul. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 172, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. extra, p. 7, 31 jan. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-172-de-31-de-janeiro-de-2020-240912930>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 173, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. extra, p. 2931 jan. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-173-de-31-de-janeiro-de-2020-240912938>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capacitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. extra, p. 1, 16

abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-29-de-16-de-abril-de-2020-252790187>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção Primária à Saúde: Reforma da APS Brasileira em 11 meses 2019/2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. p. 72. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200423_Balanco_SAPS.pdf. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 99, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 172, 11 dez. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 110. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>. Acesso em: 03 ago. 2022.

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**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 80. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, mar. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1997. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/portaria_1882_18dezembro1997.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica, 1) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 fev. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2337–2344, ago. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2655-2663, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2006. p. 37-.

CONILL, E. Sistema ou cobertura universal em saúde? Leia a entrevista com a pesquisadora Eleonor Conill. Entrevista concedida a Vanessa Borges. **Portal Inovação em Saúde**, 2014. Disponível em: <https://apsredes.org/sistema-ou-cobertura-universal-em-saude-leia-a-entrevista-com-a-pesquisadora-eleonor-conill/>. Acesso em: 10 dez. 2022.

ENDEAVOR. Net Promoter Score (NPS). Disponível em: <https://endeavor.org.br/estrategia-e-gestao/nps/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4405-4415, 25 nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, jun. 2018.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.

HARZHEIM, E. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 609-617, fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>.

KFOURY, T. **Avaliação da satisfação do usuário na Atenção Primária à Saúde por meio da ferramenta Net Promoter Score (NPS)**. 2021. 124 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

LABOISSIÈRE, P. Ministro defende plano de saúde popular para aliviar gastos com o SUS. **Agência Brasil**, 2016. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/ministro-defende-plano-de-saude-popular-para-aliviar-gastos-com-o-sus>. Acesso em: 27 out. 2022.

LENHARO, M. Ministro propõe diminuir exigências mínimas para planos de saúde. **O Globo**, 2016. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/08/ministro-propoe-diminuir-exigencias-minimas-para-planos-de-saude.html>. Acesso em: 27 out. 2022.

LOPES, S. P. A. *et al.* Evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: um estudo descritivo. **SciELO Preprints**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2135>.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, June 2015. DOI: 10.1056/NEJMp1501140.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, 2017.

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

MATHIAS, M. A crise por trás da nova PNAB. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-crise-por-tras-da-nova-pnab>. Acesso em: 18 out. 2022.

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. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224-243, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>.

MERHY, E. E. *et al.* **Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206316>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, N. 116, p. 11-24, mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, p. 15-28, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>.

PIOLA, S. F. *et al.* **Estado de uma nação**: textos de apoio. Brasília, Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1391). p. 87.

REIS, J. G. *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>.

REIS, V. ‘Quanto mais pudermos ter brasileiros que tenham plano, mais acesso podemos dar àqueles que não têm’ diz Ricardo Barros. **ABRASCO**, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaio/quanto-mais-pudermos-ter-brasileiros-que-tenham-plano-mais-acesso-podemos-dar-aqueles-que-nao-tem-diz-ricardo-barros/31125/>. Acesso em: 27 out. 2022.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 263-276, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150960>.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3781-3786, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.

STOTZ, E. N. **Necessidade de saúde**: mediações de um conceito. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

WOLLMANN, L. **Avaliação da relação médico-paciente**: tradução e validação do Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil. [S. l.: s. n.], 2017.