



**UFC**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**VERÔNICA MARIA DA SILVA MITROS**

**PROGRAMA PREVINE BRASIL: UMA ANÁLISE DA MUDANÇA NA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE EM ESPAÇOS DELIBERATIVOS DO SUS**

**FORTALEZA**

**2022**

VERÔNICA MARIA DA SILVA MITROS

**PROGRAMA PREVINE BRASIL: UMA ANÁLISE DE MUDANÇA NA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE EM ESPAÇOS DELIBERATIVOS DO SUS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem E. Leitão Araújo.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- M671p Mitros, Verônica Maria da Silva.  
Programa Previne Brasil: uma análise da mudança na Atenção Básica à Saúde em espaços deliberativos do SUS / Verônica Maria da Silva Mitros. – 2022.  
114 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2022.  
Orientação: Prof. Dr. Carmem Emmanuely Leitão Araújo .
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Financiamento da Assistência à Saúde. 3. Política de Saúde. I. Título.  
CDD 610
-

VERÔNICA MARIA DA SILVA MITROS

PROGRAMA PREVINE BRASIL: UMA ANÁLISE DA MUDANÇA NA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE EM ESPAÇOS DELIBERATIVOS DO SUS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Aprovada em: 31/10/2022.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Á minha mãe Maria do Rosário Silva,  
pelo apoio e amor incondicional.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência.

À Professora Carmem, pelo acolhimento, orientação, humanização e paciência, essenciais para a minha jornada. Obrigada por tudo.

Aos membros da banca examinadora, Professoras Vaudelice Mota e Rocineide Ferreira, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Aos colegas de grupo de pesquisa Rômulo e Nicolas, pelas contribuições e apoio durante todo o processo.

À minha eterna professora e amiga Jane Eyre, agradeço por ter me abraçado e ter me conduzido na minha caminhada acadêmica. Agradeço o apoio, encorajamento e pelos sábios conselhos, seus ensinamentos foram essenciais na minha formação.

Aos meus amigos de vida Adelia, Nathalia, Ana Luiza, Virna, Iara e Remiel, por estarem sempre presentes.

À minha mãe Rosário e ao meu pai Estevão deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, caridade, dedicação e perseverança. Obrigada por sempre acreditarem em mim, por nunca medirem esforços para me proporcionar uma vida feliz, uma boa formação. Sinto-me orgulhosa e privilegiado por ter pais tão especiais.

Ao meu esposo Lucas, pelo amor, partilha, companheirismo. Agradeço por toda compreensão e encorajamento durante esta jornada.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

## RESUMO

Em novembro de 2019 foi lançado o Previne Brasil, novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em contexto de crise econômica e política, a proposta de um novo financiamento foi analisada como mais um obstáculo na garantia de princípios do SUS. Considerando que no modelo federativo brasileiro as principais decisões em relação a definição de estratégias, monitoramento e avaliação de políticas públicas são discutidas em espaços deliberativos, este trabalho tem como objetivo geral: analisar a mudança na Política de Atenção Básica em Saúde no Brasil, no período de 2016 a 2020, especialmente no que se refere aos processos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incidiram na aprovação do Programa Previne Brasil. Trata-se de um Estudo de Caso, onde foram analisadas informações oriundas: das atas das reuniões do CNS, de 2016 a 2020 e das pautas e dos vídeos das Reuniões Ordinárias da CIT, entre 2019 e 2020. As informações foram inseridas no Software ATLAS.ti 8, de forma a ser construído uma cadeia de evidências conforme o período analisado. Ao longo do ano de 2019, as discussões da CIT em relação a APS destacaram vários projetos que foram instituídos na justificativa de necessidade de ampliação de acesso e de melhoria na avaliação e da qualidade da assistência. Discussões que foram construídas a fim de complementar e apoiar a mudança no financiamento ocorrida ao final do mesmo ano. Enquanto em CIT os discursos evidenciam concordância, em âmbito do CNS os membros comentam o novo financiamento sendo um resultado da redução de incentivos do regime fiscal com a EC nº 95, com restrição de direitos e ampliação do subfinanciamento, sugerindo e reforçando a necessidade de revogação da emenda constitucional e do Previne Brasil. A criação do Previne Brasil, além de não ter sido uma boa solução para melhorar a distribuição de recursos, a universalidade do acesso e a avaliação da qualidade na assistência, ainda foi instituída em um contexto de violação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e sem a interlocução e a aprovação do CNS. Como limitações do estudo, o método utilizado neste trabalho compreende o CNS dos anos de 2016 a 2020, no entanto só foram incluídas as reuniões da CIT apenas dos anos de 2019 e 2020, por não serem disponibilizados os vídeos dos anos anteriores. Para uma maior análise no período pré-mudança de financiamento seria importante analisar as discussões da CIT também nos demais períodos. Também se faz necessário uma investigação sobre quais as alternativas estudadas pelos atores para os modelos de financiamento.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Financiamento da Assistência à Saúde. Política de Saúde.

## ABSTRACT

In November 2019, Previde Brasil was launched, a new funding model for Primary Health Care (PHC) funding within the Unified Health System (SUS). In the context of an economic and political crisis, the proposal for new funding was analyzed as yet another obstacle in guaranteeing the principles of the SUS. Considering that in the Brazilian federative model the main decisions regarding the definition of strategies, monitoring and evaluation of public policies are discussed in deliberative spaces, this work has the general objective: to analyze the change in the Primary Health Care Policy in Brazil, in the period from 2016 to 2020, especially with regard to the decision-making processes at the Tripartite Intermanagers Commission (CIT) and the National Health Council (CNS), which focused on the approval of the Previde Brasil Program. This is a Case Study, where information from the minutes of the CNS meetings, from 2016 to 2020, and the agendas and videos of the CIT Ordinary Meetings, between 2019 and 2020. They were analyzed and entered into ATLAS ti 8 in order to build a chain of evidence according to the analyzed period. Throughout 2019, CIT discussions regarding PHC highlighted several projects that were instituted on the grounds of the need to expand access and improve the assessment and quality of care. Discussions that were built in order to complement and support the change in funding that occurred at the end of the same year. While at CIT the speeches show agreement, within the scope of the CNS the members comment on the new funding being a result of the reduction of incentives of the tax regime with EC n° 95, with restriction of rights and expansion of underfunding, suggesting and reinforcing the need for revocation of the constitutional amendment and Previde Brasil. The creation of Previde Brasil, in addition to not being a good solution to improve the distribution of resources, the universality of access and the assessment of quality in care, was still instituted in a context of violation of the principles and guidelines of the Unified Health System and without the dialogue and approval of the CNS. As limitations of the study, the method used in this work comprises the CNS from the years 2016 to 2020, however, only the CIT meetings from the years 2019 and 2020 were included, as videos from previous years were not available. For a greater analysis in the period before the change of funding, it would be important to analyze the discussions of the CIT also in the other periods. It is also necessary to investigate the alternatives studied by the actors for financing models.

**Keywords:** Primary Health Care. Health Care Financing. Health Policy.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Mudanças na Política Nacional da Atenção Básica no ano de 2017, comparada a do ano de 2011, em relação a cobertura populacional, composição das equipes, NASF e ACS.	41
Quadro 2 –	Pautas sobre a Atenção Básica identificadas nas Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Tripartite, em 2019.	56
Quadro 3 –	Funcionamento de Unidade de Saúde da Família e Quantitativo de Equipes de Saúde da Família a partir do Programa Saúde na Hora, 2019.	61
Quadro 4 –	Indicadores de Desempenho, Programa Previne Brasil, 2019.	75
Quadro 5 –	Pautas sobre Atenção Básica identificadas nas Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Tripartite, no ano de 2020.	79
Quadro 6 –	Cronograma de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde no ano de 2020.	91

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Linha do tempo indicando os principais marcos do processo de formulação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, de 1978 a 2011.	30
Figura 2 –	Linha do tempo indicando as mudanças na Atenção Básica no ano de 2019.	78
Figura 3 –	Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e CNS no ano de 2019.	90
Figura 4 –	Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e CNS no ano de 2020	97

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços para a Atenção Primária à
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COFIN	Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento
CIRHRT	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CF	Constituição Federal
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DPS	Departamento de Promoção da Saúde
DESF	Departamento de Saúde da Família
e APS	Equipes de Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAB	Financiamento da Atenção Básica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MI	Mortalidade Infantil
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacional Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMDB	Partido Movimento Democrático Brasileiro
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica

PIB	Produto Interno Bruto
PACS	Programa Agentes Comunitários em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Requalifica	Programa Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
UBS	
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PLDO	Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	19
<b>3</b>	<b>A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO SUS: ALGUNS ELEMENTOS CONTEXTUAIS</b> .....	22
<b>3.1</b>	<b>Até 2015, elaboração e implementação de um modelo de Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde</b> .....	22
<b>3.2</b>	<b>Crise e mudanças na Política de Atenção Básica, de 2016 a 2018</b> .....	31
<b>3.3</b>	<b>A partir de 2019, Governo Bolsonaro e a Emergência do Previnir Brasil na Agenda Intergovernamental</b> .....	44
<b>4</b>	<b>ESPAÇOS DELIBERATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)</b> .....	51
<b>5</b>	<b>PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA NA CIT E CNS: BUSCANDO EVIDÊNCIAS SOBRE A AGENDA POLÍTICA NO GOVERNO BOLSONARO</b> .....	56
<b>5.1</b>	<b>Comissão Intergestores Tripartite: Atenção Básica à Saúde na agenda decisória</b> .....	56
<b>5.1.1</b>	<i>O ano da mudança: reuniões da CIT em 2019</i> .....	56
<b>5.1.2</b>	<i>Reuniões da CIT no ano de 2020</i> .....	79
<b>5.2</b>	<b>O debate no Conselho Nacional de Saúde sobre o Financiamento da Atenção Básica</b> .....	83
<b>5.2.1</b>	<i>Reuniões do CNS no ano de 2019</i> .....	43
<b>5.2.2</b>	<i>Reuniões do CNS no ano de 2020</i> .....	91
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	99
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde é estratégica para a reorientação do modelo assistencial e para a ampliação do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Apesar de sua importância e de movimentos para a sua efetivação após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda persistem obstáculos para isso, dentre eles, o seu próprio financiamento. Este foi alterado recentemente, por meio da aprovação do Programa Previner Brasil, o qual demarca uma trajetória de alteração gradual na Política de Atenção Básica no país.

Entendida como o primeiro contato do sistema, articulando-se com outros serviços de saúde (BRASIL, 2006a), a Atenção Básica de Saúde (ABS), ou Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que compreendem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela implica na definição de equipes multiprofissionais e no estabelecimento de enfoque comunitário e territorial para a definição de ações de saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017). Assim, possui o potencial de contraverter uma perspectiva fragmentada de atenção com enfoque curativo, orientando-se, ainda, por princípios como a universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, equidade, integralidade, humanização e participação social (BRASIL, 2006a; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Um marco para a constituição de uma Política de Atenção Básica no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta nasceu a partir das experiências do Programa Agentes Comunitários em Saúde (PACS), criado em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994. O primeiro inovou a assistência à saúde permitindo o maior acesso aos serviços e construção de vínculo do usuário e o sistema por meio da atuação de pessoas do próprio território (CARVALHO; FORTES; SPINETTI, 2004). O segundo veio com a proposta de reorientação do modelo assistencial a partir de equipes de saúde vinculadas e responsáveis por populações adscritas, com o intuito de atender o indivíduo e a família de forma longitudinal, a partir de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

A Estratégia Saúde da Família propõe que a atenção à saúde se direcione aos conceitos de família, compreendida em todo seu ambiente físico e social, com intervenções que vão além das práticas curativas, considerando a concepção ampliada do processo saúde-doença (PINTO; GIOVANELLA, 2018; MACINKO; MEDONÇA, 2018).

Com o interesse de expandir a ESF em todo o território brasileiro, atores intergovernamentais concordaram com o estabelecimento de uma Política Nacional da Atenção

Básica (PNAB), que entrou em vigência por meio da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a; CASTRO; MACHADO, 2012). A PNAB de 2006 estabeleceu diretrizes e normas da Atenção Básica no país. Pela primeira vez, detalhou-se o processo de trabalho das equipes, a composição e quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho, a infraestrutura e os recursos necessários. Também se estabeleceu as responsabilidades de cada nível de governo, bem como o financiamento necessário para a efetivação da política (BRASIL, 2006a). Em que pese os avanços, logo após alguns anos, a política apresentada passou por reformulações, especificamente nos anos de 2011 e 2017. Essas modificações geraram discussões, dado não existir consenso sobre as suas consequências (ALMEIDA et al., 2018; MELO et al., 2018; MOROSINI; LIMA; FONSECA, 2018).

Em termos gerais, a Política Nacional de Atenção Básica, em suas versões mais recentes, continuou assinalando escolhas políticas e técnicas sobre a estruturação da ABS. Ratificou a responsabilização tripartite, e a existência de transferências de recursos do Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo do Ministério da Saúde, ressaltando a necessidade do acompanhamento da aplicação pelos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017). Contudo, as alterações normativas de 2017 parecem representar uma ruptura importante na orientação da política iniciada com a implementação do SUS. Isso se acentua com as alterações impostas após à aprovação do Programa Previne Brasil, que altera o modelo de financiamento da atenção básica.

O financiamento de uma política pública é imprescindível para alcançar objetivos. Importante lembrar que parte do sucesso na implementação de políticas de sociais no país se deve ao fato do Governo Federal possuir prerrogativas que facilitam escolhas locais convergirem para objetivos nacionais. Desde meados dos anos 90, a União mostra a sua capacidade de coordenar políticas sociais por meio da recomposição de suas finanças ao ampliar a carga tributária, principalmente por meio das contribuições sociais. Assim, os gastos federais puderam ser ampliados, de modo a aumentar a sua capacidade de induzir políticas públicas<sup>1</sup> (ABRUCIO, 2005; ALMEIDA, 2005).

Particularmente na política de saúde, decisões pactuadas em instâncias intergovernamentais foram efetivadas, em grande medida, pela indução do governo federal, por

---

<sup>1</sup> Em estudo realizado sobre gastos públicos com a saúde, a diferença entre os gastos do Brasil em relação a outros países com sistema universal é significativa. Sendo, o Reino Unido apresentando maior investimento na saúde, no ano de 2017, com gastos equivalentes a 5 vezes os custos do Brasil nesse mesmo período (VIEIRA, 2020). Vieira (2020) evidencia que os gastos no Brasil ainda se apresentam menores que em países com sistema de saúde público limitado, como o do Chile, por exemplo.

meio de legislação infraconstitucional e transferências financeiras para estados e municípios<sup>22</sup> (SOARES, 2013). No caso da Política de Atenção Básica, o Ministério da Saúde possibilitou incentivos aos municípios para a adesão de estratégias e programas para melhorias de estrutura e qualidade na assistência. As Normas Operacional Básica (NOB), estabelecidas na década de 1990, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e Pacto pela Saúde, implementadas nos anos 2000, por exemplo, preconizaram a reorganização do modelo de atenção, a definição dos papéis de cada esfera de governo, mecanismos e fluxos de financiamento, dentre outros aspectos relevantes para a assunção da ABS no sistema de saúde brasileiro (SOUZA, 2001; LIMA et al., 2012; MENDES; MARQUES, 2014). Também é possível citar a relevância do financiamento para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e o Programa Mais Médicos (PMM) (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015; BEZERA; MEDEIROS, 2018; VIEIRA-MEYER, et al., 2020; SANTOS). Ou seja, ao longo dos anos, regras e incentivos foram introduzidos ao financiamento da Atenção Básica (FAB) com o objetivo de estabelecer recursos para a saúde, expandir a oferta de serviços, programas e ações de saúde (MENDES; MARQUES, 2014; PINTO, 2018).

Contudo, não podemos esquecer que a estruturação de um financiamento público capaz de atender aos propósitos do SUS, na direção de seus princípios e diretrizes, constitui-se como um dos impasses persistentes na saúde pública brasileira (MARQUES; MENDES, 2003; GIOVANELLA, 2018). Os embates em torno do financiamento público tem sido um processo árduo, onde pesquisadores, ao longo dos anos, têm denunciado situações de subfinanciamento na trajetória estrutural do SUS, apontando o impacto no desenvolvimento de políticas públicas à saúde, principalmente no âmbito da ABS (MENDES; FUNCIA, 2016; GIOVANELLA, 2018; MENDES; CARNUT, 2020).

Isso tem sido agravado pelo modelo de austeridade fiscal adotado pelo Governo Federal nos últimos anos. Em contexto de crise política, econômica e institucional, demarcada pelo impedimento da presidenta Dilma Rousseff em 2016, o Congresso Nacional aprovou um Novo Regime Fiscal, Emenda Constitucional 95, onde os gastos federais foram ‘congelados’

---

<sup>22</sup> A partir da Emenda Constitucional nº29, de 2000, por exemplo, posteriormente ratificada pela Lei Complementar nº 141 de 2012, foi estabelecido que os Municípios e o Distrito Federal teriam que aplicar o mínimo de 12% de suas receitas para a Saúde; os Estados deveriam aplicar 15% e a União teria que aplicar o valor correspondente ao valor do exercício anterior, acrescido a variação do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012). Essas iniciativas, ao estabelecerem o percentual mínimo de transferências dos entes federativos, caracterizados pelo federalismo brasileiro, ampliaram a participação relativa dos entes subnacionais no financiamento do Sistema Único de Saúde e possibilitaram a regularidade de recursos aos municípios (COSTA, 2016).



por 20 anos (BRASIL, 2016c; MARIANO, 2017). Com projeções que apontavam que a redução do financiamento federal, a Atenção Básica seria afetada, por certo, seja no acesso aos serviços básicos, seja ocasionando piora nos indicadores de saúde (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MASSUDA, 2020).

Em seguida, mudanças substantivas na Política de Atenção Básica foram anunciadas. Em 2017, a mudança na PNAB representou retrocessos organizacionais ao sugerir flexibilização da cobertura universal, segmentação do cuidado ao apresentar a diferenciação entre serviços “essenciais” e “ampliados”, além de sugerir outras modalidades de Atenção Básica, diferenciando-se do modelo prioritário da ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Até então, o financiamento da Atenção Básica compreendia Blocos de Financiamento de transferências regulares, estruturados a partir de um valor fixo, calculado per capita a partir da totalidade de habitantes do município usando como referência o IBGE, acrescido de um valor variável a partir da adesão a diversos programas a serem implementados. Os valores sempre foram considerados insuficientes para a complexidade e necessidade da Atenção Básica de um país extenso e plural como o Brasil.

O quadro de alteração ganhou outros contornos em 2019, quando uma nova proposta de financiamento para a Atenção Básica foi aprovada, no contexto do primeiro ano do Governo Bolsonaro, surgindo como ameaça aos princípios do SUS e à Estratégia Saúde da Família (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MASSUDA, 2020).

O Governo Federal argumentou ser necessário diminuir o desperdício, aumentar a efetividade e responder às necessidades dos usuários e dos governos com qualidade e prontidão (DE PAULA et al, 2018). A solução para isso seria o Programa Previne Brasil, estabelecido por meio da Portaria Nº 2.979/2019. Nele se estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ao invés de transferir os recursos com base na população do município, a nova norma adota três outros critérios: a quantidade de habitantes cadastrados na rede de atenção básica, o desempenho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, além de incentivo para ações estratégicas.

Observamos, portanto, que as transformações que ocorreram ao longo do processo de implantação do SUS e da Atenção Básica à Saúde, com cenários cada vez mais complexo à medida que a crise excede dimensões macro, de gestão e financiamento, é necessário desenvolver análises para compreender os resultados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Por certo, estudos sobre a organização dos serviços de atenção básica são recorrentes nos debates acadêmicos e entre gestores do SUS (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018;

GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020), mas poucos deles estudam os processos decisórios que incidem em mudanças.

Enquanto profissional da saúde, servidora pública de um município de pequeno porte no interior do Ceará, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, o tema em questão surgiu em um momento de mudança pessoal e profissional em que se tornou possível construir conhecimento e refletir a pesquisa diretamente atrelado a atuação na Atenção Básica. Iniciando na assistência e finalizando na equipe de gestão, pude sentir “na pele” a mudança no financiamento, os impactos das ações do governo durante a pandemia e o período de transição no pós-COVID-19 e Previnde Brasil. É necessário destacar que nem todos os profissionais têm o despertar para questionar as mudanças instituídas e o papel dos atores do processo decisório, nós apenas sentimos o impacto no nosso dia a dia.

Assim surgiu a curiosidade de responder à questão: Como a alternativa de financiamento aprovada no Previnde Brasil ganhou atenção e apoio intergovernamental?” Como atores envolvidos na participação e controle social da saúde se posicionaram diante dessas propostas de mudanças?

Aqui se considera que a definição de estratégias, monitoramento e avaliação da política pública de saúde são discutidas em espaços deliberativos de gestão e de participação e controle social. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mecanismos de cooperação entre as três esferas de governo (União, Estados e Municípios) na transferência de responsabilidades e de poder decisório em relação às políticas públicas (LEANDRO; MENICUCCI, 2018), bem como instaurou-se instituições para a garantia da participação de diferentes segmentos na definição, aprovação e fiscalização da política de saúde. Para mudanças na PNAB, impreterivelmente, a vários atores estiveram envolvidos.

Nesse sentido, este trabalho busca analisar a mudança na Política de Atenção Básica em Saúde no Brasil, no período de 2016 a 2020, especialmente no que se refere aos processos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incidiram na aprovação do Programa Previnde Brasil. Para tanto, os objetivos específicos são: i) Caracterizar as mudanças na Política de Atenção Básica em Saúde no Brasil no período de 2016 a 2020. ii) Descrever processos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde relacionados ao financiamento da Atenção Básica no Brasil. iii) Especificar os argumentos dos atores que se engajaram na defesa de mudanças na PNAB e no seu financiamento, bem como os atores que se opuseram às alterações proposta pelo governo federal.

## 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa. A utilização do Estudo de Caso como estratégia de pesquisa reflete a necessidade de análise das características holísticas e significativas de um acontecimento contemporâneo, com base na especificação de um recorte temporal (YIN, 2015). Contribui-se assim com o resgate de evidências para esclarecer um conjunto de decisões, bem como os motivos pelos quais estas foram tomadas e as formas com que suas implementações e seus resultados se constituíram (SCHRAMM, 1971).

Em termos gerais, o Brasil se constitui como local de abrangência do estudo. Ele é um país populoso, de grande extensão territorial, com desigualdades socioeconômicas com raízes em seu passado colonial que ainda não foram superadas (FURTADO, 1999). Nesse contexto, considerando que os recursos financeiros são essenciais para a oferta e para a qualidade de bens e serviços de saúde (MARQUES; MENDES, 2012), faz-se necessário investigar como eles são estabelecidos em contextos incertos.

Considerou-se duas instâncias como espaços privilegiados da pesquisa: Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite. O primeiro é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, com função de fiscalizar, monitorar e acompanhar as políticas públicas relacionadas à saúde, compartilhando as demandas da população ao poder público, sendo, assim, conhecido como importante ferramenta de controle social (BRASIL, 2012). Conforme sua legislação específica, é formado por entidades e movimentos representativos de usuários dos serviços de saúde, em sua maioria, além de entidades representativas dos trabalhadores da saúde, do governo e de prestadores de serviços privados (BRASIL, 2012).

Por outra via, a CIT é uma instância que atua na esfera federal, com a finalidade de estabelecer diretrizes, estratégias, programas, além da alocação de recursos do SUS. É composta por membros indicados do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 1990b). Adotou-se o process tracing enquanto método de pesquisa, o qual parte da análise de evidências empíricas encadeadas em processos, sequências e conjunturas de eventos, com finalidade de rastrear e capturar mecanismos causais em ação, bem como as maneiras pelas quais estes se correlacionam (cadeia causal) para explicar um

determinado caso. O rastreamento de processo, enquanto método robusto elaborado a partir de relatos internos de mudanças de políticas, confere possibilidade de inferências causais, compreendendo de que forma determinada força causal contribui para um resultado em direção a modificação ou permanência de um fenômeno (CUNHA; ARAÚJO, 2018). Possibilita ainda olhar para os estímulos que geram as ações dos atores em processos de decisão, além dos impactos dos arranjos institucionais e das variáveis de interesse em aspectos de atenção, processamento e comportamento (George; McKeown 1985, p. 35, apud Trampusch; Palier, 2016, p. 438)

Para resgates das evidências empíricas, realizou-se análise documental, efetuada no ano de 2021. Buscaram-se: 1) das pautas e dos vídeos das Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), (2) das atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e (3) documentos diversos produzidos pela CIT e CNS, dos anos de 2016 e 2020, que abordaram atenção básica e/ou o seu financiamento. A especificação do recorte temporal descrito acima se deve pela necessidade de rastrear evidências que contribuem com o entendimento dos motivos que levam a alteração do financiamento nos moldes atuais apenas em 2019, mesmo que haja uma ambiência de mudança a partir de 2016, tanto por anteceder a alteração da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, quanto por ocasião do Impeachment da Presidenta Dilma, um processo de mudança institucional e de projeto de governo. Além disso, pretende-se rastrear os apoios e as resistências à aprovação e implementação do Programa Previne Brasil, até 2020.

Foram analisados as pautas e os resumos executivos da CIT disponibilizados no link: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit>>, bem como os vídeos disponíveis no Canal do Youtube: DATASUS AO VIVO. As atas e os resumos executivos do CNS foram acessados pelo link: <<https://conselho.saude.gov.br/atas-cns>>. À medida que moções, resoluções, recomendações e atos dos executivos eram citados, buscava-se seus arquivos na íntegra para análise.

As informações foram inseridas no Software ATLAS.ti 8, de forma a ser construído uma cadeia de evidências conforme o período analisado. Em seguida, foi realizada uma descrição cuidadosa dos eventos, seguindo uma ordem cronológica rigorosa, sendo apresentados, sistematicamente, todas as pautas, discussões e resoluções a respeito da temática,

de forma a buscar compreender os mecanismos causais. Apesar de ter sido realizado um estudo documental, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, com o parecer de número: 4.790.275.

### **3 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO SUS: ALGUNS ELEMENTOS CONTEXTUAIS**

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil foi pautado no enfoque curativo com abordagem biomédica e individual, partindo de uma compreensão de saúde como a ausência de doenças (AQUINO, 2014; MOTTA; BATISTA, 2015). Na intenção de ultrapassar esse paradigma e de estabelecer um novo entendimento dos conceitos de saúde-doença, o movimento de reforma sanitária convergiu para a criação do Sistema Único de Saúde em 1988 (BARROS, 2002; HERZILICH et al., 2004).

Em que pese os desafios, a implementação dessa política permitiu alguns avanços relevantes, conforme percebido em vários estudos. Neves et al., (2018), por exemplo, em estudo comparando a cobertura da ESF dos anos de 2006 a 2016, a partir de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), constatou que houve um aumento de 18,7 pontos percentuais no período, passando de 45,3% para 64%, respectivamente. Giovanella et al (2021), com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostra o aumento de 6,5 pontos percentuais entre os anos de 2013 e 2019. Isso representou a inclusão de mais de 18 milhões de pessoas na Estratégia Saúde da Família A evolução de famílias cadastradas na ESF era de 5.141.520 famílias no ano de 1998, esse número evoluiu para 185.056.038 famílias cadastradas no ano de 2015 (GIOVANELLA et al., 2021). Essa expansão contribuiu para o alcance de melhorias nos resultados de saúde, como redução da Mortalidade Infantil (MI). Em um intervalo de 20 anos, houve uma redução de 61,7% da mortalidade infantil, passando de 52,04 mortes por mil nascidos em 1990 para 19,88 no ano de 2010 (SOUZA et al., 2018).

Nesse sentido, a Atenção Básica à Saúde foi primordial para a mudança dos modelos de atenção à saúde, significando a reorientação da assistência a partir de um sistema universal e integrado (GIOVANELLA, 2018; SOUZA et al., 2019). Desse modo, faz-se necessário compreender como as políticas de saúde vinculadas à Atenção Básica se estruturaram a partir dessa perspectiva de atenção à saúde, junto aos princípios do SUS.

#### **3.1. Até 2015, elaboração e implementação de um modelo de Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde**

A compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) engloba um consenso entre os estudiosos de que se constitui como melhor estratégia para garantir a sustentação dos

sistemas de saúde em todo mundo, com capacidade para organizá-los, possibilitando o atendimento das populações de forma preventiva, integrada e contínua, com maior equidade e eficiência (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2008; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Inegáveis são os avanços da APS ao longo dos 40 anos desde a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. No entanto, os desafios para a sua consolidação no Brasil apresentam facetas diversas que alternam, retornam e diferenciam-se conforme os anos e governos (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Em relação ao surgimento das primeiras discussões sobre a ABS, em contexto global, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, foi um evento que representou um marco nos debates sobre os novos rumos nas políticas de saúde do mundo na época. Em contexto de crise monetária internacional, a Declaração de Alma-Ata, como ficou conhecida, seguiu com influência no cenário mundial em toda década de 1980 e incitou a ideia de priorização dos cuidados primários à saúde, para que fossem desenvolvidos e aplicados em todo mundo (OMS, 1978).

No Brasil, ainda na década de 1970 <sup>3</sup>, em meio ao Movimento da Reforma Sanitária, o qual reivindicava contra a ditadura militar, a favor da democratização da saúde e da melhoria nas condições de vida da população, novas iniciativas possibilitaram maior visibilidade aos temas de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O emprego do termo Atenção Básica à Saúde, durante o movimento sanitário brasileiro, diferencia-se do termo Atenção Primária à Saúde utilizado e difundido em vários países, à medida que se buscou uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de APS (GIOVANELLA, 2018). Apesar de ainda serem considerados sinônimos por muitos pesquisadores, a concepção de construção de um sistema público universal e cidadania ampliada, proposta no Brasil, demanda o distanciamento de uma atenção primária restrita e focalizada (SILVA; DAVID; SHIMIZU, 2015; GIOVANELLA, 2018).

Nesse sentido, no início da década de 1980, as discussões do movimento sanitário brasileiro enfatizaram a ABS, considerando as recomendações da Conferência de Alma Ata. Na VII Conferência Nacional de Saúde (1980), por exemplo, dialogou-se sobre a importância

---

<sup>3</sup>A assistência à saúde, nesse período, estava restrita à população a população vinculada ao mercado formal, a partir da contribuição da previdência social com taxa proporcional ao seu salário. Os trabalhadores informais, no entanto, estavam limitados a médicos e instituições filantrópicas (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

das ações básicas de saúde, como as de prevenção e as de diagnóstico precoce. Antes da definição de um sistema único universal, a Atenção Primária à Saúde foi mencionada como nível de organização de serviços (BRASIL, 1980).

As iniciativas de reforma foram concomitantes às intensificações dos problemas financeiros da previdência, devido à crise econômica do país. Nesse período, as ideias de aproximação da medicina previdenciária e da saúde pública estavam sendo consolidadas pelas lideranças, que compreendiam a necessidade de mudanças. Desde o modelo assistencial até a melhor alocação de recursos para a saúde, queria-se mudanças efetivas (SILVA, 2017).

O Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei nº8080 de 1990, apresentou-se como um sistema de saúde com princípios e diretrizes baseados na universalidade do acesso aos serviços, na integralidade e na equidade da assistência, além de fundamentar questões como a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade. Considera, ainda, dever do Estado, estabelecer condições que assegurem ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). Nessa perspectiva de mudança no sistema de saúde, a Lei nº 8142 de 1990 acrescenta informações sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde, por meio de um Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 1990b).

Mesmo com sua definição, a implantação do SUS não conseguiu ser uniforme entre os estados e municípios, por consequência das iniquidades regionais econômicas, sociais e políticas (POLIGNANO, 2001; SALES et al., 2019). Ainda no período de 1990 a 1992, o presidente Fernando Collor estabeleceu uma política com redução de gastos significativos em todos os setores do governo, inviabilizando a estruturação do sistema de saúde recém introduzido (POLIGNANO, 2001). Assim, a descentralização da política de saúde foi acontecendo de forma gradual.

Em meio a crises multidimensionais, já no governo de Itamar Franco, foram instituídas quatro Normas Operacionais Básicas, respectivamente nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996. Cada uma delas com o incremento de regras sobre a alocação de recursos e a responsabilidade dos gestores (PREUSS, 2018; LIMA, 2019). A NOB 01/93, por exemplo, foi a primeira a definir o processo de descentralização em três níveis de governo, por meio da Comissão Intergestores Tripartite, das Comissões Intergestores Bipartite e dos Conselhos Municipais (BRASIL, 1993).



Na medida em que esforços envolviam a construção de um novo modelo assistencial, o Ministério da Saúde apresentou a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde como equipamentos da atenção à saúde (BRASIL, 1997). Esses foram consolidados pela NOB 01/96, que regulamentou o Piso Assistencial Básico (PAB), possibilitando avanços na ampliação e no acesso a este nível de atenção por meio de transferências intergovernamentais (BRASIL, 1996). Esta norma operacional estabeleceu novos mecanismos de transferências, além de determinar a participação dos governos estaduais e municipais para cada recurso recebido da esfera federal (BRASIL, 1996).

Antes da criação do PAB, a distribuição de recursos para a Atenção Básica era centralizada aos municípios com maior capacidade de oferta, a partir de sua produção de serviços. Ou seja, quanto maior o número de postos de saúde e estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais, maior seria a possibilidade de os municípios receberem recursos a partir do faturamento de consultas e procedimentos (GIOVANELLA, 2018).

Os municípios de menor porte e/ou os mais pobres, por exemplo, apresentavam dificuldade em prestar uma assistência básica à saúde, por insuficiência de recursos próprios para dispor de serviços de acordo com as necessidades da população local (MELAMED; COSTA, 2003).

Com a NOB 96, os municípios começaram a receber um valor fixo para organizar e manter as ações básicas, denominado PAB-fixo, e uma parte variável, para a implementação de programas, como a ESF e o PACS, por exemplo, chamado de PAB-variável. Esse valor era destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica. Os municípios eram responsáveis por essas ações e o detalhamento dos procedimentos custeados eram propostos em CIT e votados no CNS (BRASIL, 1996). A implantação do Piso de Atenção Básica garantiu a transferência regular e automática de recursos e possibilitou a introdução de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde (MELAMED; COSTA, 2003). Assim, a garantia de financiamento, por meio do PAB, favoreceu algo fundamental no processo de descentralização do SUS: os municípios se tornaram responsáveis pela assistência à saúde dos seus habitantes. Isso foi uma grande mudança institucional, política e financeira (BODSTEIN, 2002; CASTRO; MACHADO, 2010).

Logo, por determinar uma modalidade de financiamento com o pagamento per

capita aos municípios, a proposta da criação do PAB foi fundamental para a ampliação da Atenção Básica, possibilitando uma maior homogeneidade na transferência de recursos federais (MELAMED; COSTA, 2003; CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

A eficácia demonstrada pelos municípios ao prover condições de gestão e assistência exigidas, a partir da alocação de recursos, foi relevante (MELAMED; COSTA, 2003). Marques e Mendes (2003) destacam um aumento nos recursos federais para a Atenção Básica ocorridos de 15,68% para 25,06% dos anos de 1998 a 2001. Especificamente em relação ao PAB variável, esse mesmo estudo destaca o crescimento passando de 2,38% para 12,23% do total de recursos federais. Isso colaborou com melhorias de indicadores de saúde. Por exemplo, a redução da Mortalidade Infantil é tida como um dos efeitos da expansão da AB/ESF. Dos anos de 1990 e 2010, a MI reduziu de 61,7%, de 52,04 mortes por mil nascimentos para 19,88 mortes por mil nascimentos, respectivamente (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Em relação à implantação da Estratégia Saúde da Família, observamos contribuições que permeiam a dimensão organizativa, técnico-assistencial e político-institucional. Na dimensão organizativa, houve a ampliação da oferta de serviços, principalmente nas áreas periféricas e rurais, trazendo a possibilidade da integralidade da assistência à saúde. Quanto à dimensão técnico-assistencial, ressaltou-se a importância do trabalho multidisciplinar, do acolhimento, da humanização e do enfoque familiar relacionado a um melhor desempenho. Em relação à dimensão político-institucional, a estratégia foi mantida por mais de 20 anos com a expansão do acesso e ampliação da capacidade de garantir continuidade dos cuidados primários (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Apesar dos avanços relacionados às regras de estabelecimento de recursos, inclusive de sua ampliação, o incentivo para efetivação do PAB nunca foi considerado suficiente para manter o custeio completo das ações e dos serviços de saúde. De acordo com as decisões orçamentárias dos municípios, a saúde poderia receber menos ou mais incentivo adicional. De qualquer forma, os municípios passaram a arcar despesas diante do valor insatisfatório repassado pelo Governo Federal (SOUSA; HAMANN, 2009).

No ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC/29). Essa define a aplicação de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos entes federados. Enquanto estados e municípios se tornaram obrigados a gastarem um mínimo percentual de

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

No começo dos anos 2000, problemas relacionados ao planejamento, à organização do sistema, à definição de responsabilidades, inclusive financeiras. Nesse sentido, estabeleceu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2001), instituída pela portaria nº 95 do dia 26 de janeiro de 2001, fruto de intensas negociações em âmbito da CIT (BRASIL, 2001). Percebidas lacunas, publicou-se outra norma no ano seguinte, a NOAS-SUS 2002, por meio da portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

Com interesse em avançar na regionalização do SUS com maior equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, as NOAS introduziram ferramentas de planejamento e programação em saúde<sup>4</sup>.

Apesar de trazer as diretrizes da regionalização e descentralização, as NOAS não detalharam de forma efetiva os instrumentos técnicos e operacionais. Nesse sentido as propostas só poderiam ser implementadas a partir de pactuação federativa. Algumas dessas questões só conseguiram ser mais bem esclarecidas a partir das discussões e regulamentações entre gestores da União, Estados e Municípios, ocorridas no final de 2006, em que foi implementado, ainda, o Pacto pela Saúde (FARIA, 2020). Esse momento foi estabelecido considerando os princípios e diretrizes do SUS, trazendo novas pactuações sobre a definição de responsabilidades, metas, formas de financiamento, sendo dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão para consolidação do SUS (BRASIL, 2006b).

O planejamento do Pacto pela Saúde considerou a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Ele buscou avançar no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral à população. Nesse sentido, o estabelecimento de pactos entre os municípios, sob a coordenação do governo estadual tornou-se possibilidade central para o alcance da equidade e integralidade no acesso, garantindo os objetivos do SUS, independente da condição do município de residência do cidadão (LIMA et al., 2012).

---

<sup>4</sup> Destaca-se a institucionalização do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Nessa conjuntura, já no governo do presidente Lula (2003-2011), após pactuação em reunião da Comissão Intergestores Tripartite, a primeira edição da Política Nacional da Atenção Básica foi publicada, no ano de 2006. Ela incorporou atributos da atenção primária à saúde e ampliou a concepção de AB (BRASIL, 2006a). A Atenção Básica à Saúde foi estabelecida com o propósito de desenvolver uma assistência universal e integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, compreendendo, assim, um conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde em âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006a).

A PNAB de 2006, assim, detalhou uma proposta de Atenção Básica, estabelecendo seus fundamentos e diretrizes. Ela descreveu o processo de trabalho das equipes, composição e quantidade de profissionais, carga horária de trabalho, infraestrutura e recursos necessários, além de estabelecer as responsabilidades de cada nível de governo e discorrer sobre o seu financiamento (BRASIL, 2006a).

A ampliação da Atenção Básica no País pode ser evidenciada a partir da expansão do número de equipes de Saúde da Família. Segundo Pinto e Giovanella (2018), os dados do Departamento de Atenção Básica demonstram o aumento de 2.054 para 41.619 equipes, no período de 1998 a 2017, respectivamente.

Assim, a Atenção Básica à Saúde significou o desenvolvimento de melhores indicadores de saúde, com maior satisfação aos usuários, maior equidade sobre o acesso aos serviços, além de uma maior utilização de medidas preventivas e tratamento de doenças crônicas, sendo reconhecido como componente “chave” dos sistemas de saúde (MACINKO; MEDONÇA, 2018).

Ao longo dos anos, a política foi reformulada no sentido de reorientar o funcionamento da Atenção Básica, a partir do contexto discutido na época. Provavelmente, isso contribuiu com a expansão da ESF nos centros urbanos. No entanto, dificuldades em relação ao modelo assistencial, infraestrutura e fortalecimento das equipes multiprofissionais permaneceram (DUARTE, 2002; PEREIRA, 2004). A PNAB de 2011, nesse sentido, apresentou diferenças em relação à primeira política publicada. A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 definia a equipe mínima para a ESF: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Enquanto, a de 2011 acrescentou como composição básica, os

profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista e auxiliar/técnico de saúde bucal, por exemplo (BRASIL, 2011).

Além disso, a PNAB de 2011 destacou as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral. Em sua formulação teórica, apresentou a concepção de um conjunto de serviços vinculados entre si, de forma não hierarquizada, que visa garantir uma oferta contínua de cuidados para a população, determinou, ainda, a Atenção Básica como serviço de coordenação do cuidado, constituindo-se como porta de entrada desta rede de atenção (BRASIL, 2011). Nessa compreensão, também apresentou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da AB.

Alguns programas também foram criados em busca de ampliar os incentivos e as ações da Atenção Básica no Brasil, como o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído a partir do decreto presidencial nº 6.186 de dezembro de 2007 e reforçado pela PNAB 2011, que perpassa a atenção integral às crianças e adolescentes do ensino público básico, abordando práticas educativas em temáticas como: saúde sexual e reprodutiva, prevenção do uso de álcool e drogas e cultura de paz, por exemplo (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011).

O Programa Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade também foram definidos. O primeiro relacionava-se a um montante destinado à estruturação da rede de serviços. O segundo trazia um conjunto de estratégias voltadas para a indução de melhorias no acesso e na qualidade da atenção à saúde no âmbito nacional, regional e local (BRASIL, 2011).

A Política de Atenção Básica acordada em 2011, além de apresentar as competências de cada ente federativo, também detalhou as possibilidades de transferências de recursos nacionais aos municípios, por meio de recurso per capita, recurso para projetos específicos, recursos de investimento, recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários e recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade. Conforme os programas já mencionados anteriormente, os municípios teriam uma maior possibilidade de incentivos financeiros para desenvolver suas ações na Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2011).

A figura 1 busca sistematizar os principais marcos do processo de formulação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, até o momento apresentado.

Figura 1 – Linha do Tempo indicando os principais marcos do processo de formulação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, de 1978 a 2011.



Fonte: elaboração própria.

Ainda na dinâmica de transferência de recursos de incentivo per capita e por meio de estratégias e programas prioritários, a Lei Complementar nº 141, do dia 13 de janeiro de 2012, acrescentou os indicadores sociais como critérios de repasse federal aos municípios, de acordo com a necessidade de cada região a partir do perfil epidemiológico, socioeconômico e demográfico (BRASIL, 2012).

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

MACHADO; LIMA, 2018).

Por certo, as fragilidades estruturais, organizacionais e de subfinanciamento estão presentes na trajetória do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, da Atenção Básica à Saúde. No entanto, têm a sua situação agravada por consequência de períodos de crises políticas e econômicas intensificadas nos últimos anos, além de estratégias, escolhidas como solução para esses momentos, consideradas uma ameaça por pesquisadores do tema, como se verá mais adiante.

### **3.2 Crise e mudanças na Política de Atenção Básica, de 2016 a 2018**

Em cenário de instabilidade política mudanças com impactos negativos para as políticas de saúde foram percebidos rapidamente (REIS; PAIN, 2018). Antes de prosseguirmos com outros pontos cruciais sobre o financiamento e os reflexos na Política de Atenção Básica, primeiramente é importante frisar a conjuntura política, governamental e econômica do país nos últimos anos. Um episódio especificamente ficou marcado na história do Brasil: o golpe da presidenta Dilma Rousseff em agosto de 2016.

Mendes (2018) aponta que diversos foram os fatores que contribuíram para esse desfecho da crise política, tais como a crise econômica, perdas sociais causadas pelo período de recessão, que somadas aos debates sobre a anti-corrupção, fizeram com que algumas camadas sociais (principalmente a classe média) fossem às ruas protestar e exigir além de melhorias, o combate contra a corrupção, e simultaneamente o afastamento da presidente.

Naquele momento, associado à dinâmica política do Brasil contemporâneo, observou-se dificuldades associadas a “presidencialismo de coalizão”. A concepção apresentada por Sérgio Abranches (1988) aponta para um sistema em que os partidos políticos que assumem o governo no Brasil precisam formar alianças entre si para conseguir apoio no poder Legislativo para aprovar assuntos de sua agenda política. As disparidades entre os partidos (resultados da inconstância de coalizão), somados ao discurso da anticorrupção e à crise político-econômica durante o governo, tornaram um contexto propício para a ocorrência do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff (ABRANCHES, 1988; MENDES, 2018). Assim, a permanência do compromisso do governo federal de manter a qualificação e a continuidade do SUS, o cenário se tornou. A crise punha em risco os avanços democráticos, principalmente com o surgimento de propostas que poderiam desestruturar e retroceder os

direitos que foram conquistados até os dias atuais.

Ainda em abril de 2016, durante as várias discussões do impeachment foi apresentado pelo Partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) o documento do plano do Governo Temer “Uma ponte para o Futuro: Travessia Social”, elaborado pela Fundação Ulysses Guimarães. Entre as propostas, elencou-se a prioridade de conter a inflação e realização de um ajuste fiscal para redução de gastos. A proposta ainda destacava a intenção de retomada do crescimento econômico; privatização do que fosse possível e, em relação à saúde, critica a gestão do Sistema Único de Saúde, dando sinais para uma adesão ao gerencialismo, ancorado nas práticas privadas de gestão. Sem dúvida, estava em pauta o estímulo ao aumento da cobertura dos planos privados de saúde no país.

O Governo Temer, iniciado em 31 de agosto de 2016 e finalizado em 31 de dezembro de 2018, foi um governo “reformista”. Isso porque conseguiu instituir algumas mudanças relevantes nas políticas governamentais. Para além da PEC 55, foram discutidas e aprovadas outras medidas que modificaram o cenário econômico e os gastos públicos no país, como por exemplo a Reforma trabalhista em 2017, que teve alterações expressivas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); a Lei Nº 13.429 de 31 de março de 2017, também conhecida como Lei da Terceirização, que alterava regras para contratação no trabalho, onde funcionários terceirizados poderiam ser admitidos para exercer atividades-fim, além da criação de uma proposta de reforma da previdência (BRASIL, 2017).

Em concordância com seu plano explicitado, o governo de Michel Temer assumidamente desenvolveu um projeto político neoliberal, pró-capital, que favorecia classes dominantes e em contrapartida as consequências foram transferidas para a classe trabalhadora, por meio de reformas trabalhistas, previdenciárias e mudança no regime fiscal (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Nesse contexto, em relação à política de saúde, podemos destacar a Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016, que institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. A saúde não foi mencionada como uma prioridade da Administração Pública Federal, o que sinalizava para limitações nos recursos orçamentários para o SUS. Nessa perceptiva, a continuidade e a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS estariam ameaçados, com o indicativo de retrocessos inclusive na APS (CNS, 2016b).

As preocupações sobre o financiamento da saúde tornaram-se ainda mais



frequente no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Na Reunião Ordinária do CNS, realizada em 18 de março de 2016, debateu-se as controvérsias do subfinanciamento e os respectivos desdobramentos da falta de recursos, como, por exemplo a terceirização dos serviços prestados, dificuldades de gestão e planejamento, e principalmente o modo como os impactos prejudicariam a execução dos atendimentos, resultando na precarização do trabalho (CNS, 2016c).

No mês seguinte, em Reunião Extraordinária do CNS, realizada em 06 e 07 de abril de 2016, o conselheiro André Luiz de Oliveira, integrante da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN), apresentou o texto que discorre sobre a resolução da Programação Anual de Saúde e do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2017 da União. Ele ressaltou que a alocação correta dos recursos orçamentários permitiria aumentar as redes de cuidado. Isso permitiria fortalecer os modelos de Atenção Básica/Primária, compreendidos como a porta de entrada dos usuários ao SUS. Além disso, ele sugere que a fragmentação de recursos interfere nas relações entre as redes de atenção primária, especializada, hospitalar, de emergência e de urgência, de modo a prejudicar o funcionamento e o acesso da população aos serviços e ações em saúde, partindo do pressuposto da integralidade e universalidade (CNS, 2016a).

Prosseguindo, na Reunião Ordinária do CNS, realizada em 05 e 06 de maio de 2016, Francisco Funcia, consultor técnico da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento trouxe como pauta a análise de subfinanciamento do SUS, com os “ajustes” sugeridos através da EC nº 86/2015<sup>5</sup> e a EC nº. 143/2015<sup>6</sup>, demonstrando que a aprovação das duas ementas representaria uma perda consolidada para o SUS:

“A alocação de recursos na União, considerando o empenhado em 2015 e a EC nº. 86/2015 (5 anos), a PEC nº. 01/2015 original (6 anos) e a PEC nº. 01/2015 - aprovada 1º turno Câmara (7 anos). Nos termos da EC nº. 86/2015 (5 anos), valor empenhado em 2015 representou 14,8% da receita corrente líquida e, considerando que a EC nº. 86 entra em vigor em 2016, o percentual será de 13,2%, o que representa perda significativa de recursos para a saúde. Somente em 2020, se alcançaria 15%. (...) A PEC nº. 143/2015, ao contrário da PEC 01, reduz recursos para o SUS, uma vez que aumenta a DRU (Desvinculação das Receitas da União): de 20% para 25%; cria a DRE (Desvinculação das Receitas dos Estados e do DF):

---

<sup>5</sup> A Emenda Constitucional nº 86 de 2015 determina que a execução do orçamento estivesse vinculada a um percentual de até 1,2% da receita corrente líquida da União para gastos com emendas parlamentares individuais, sendo que metade desse percentual deveria ser a ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015; SANTOS;GASPARINI, 2015).

25%; e cria a DRM (Desvinculação das Receitas dos Municípios): 25%” (CNS, 2016d, p. 8) – (Linha 417 – 430).

Em outras palavras, a ratificação das duas emendas, faria com que o SUS tivesse uma perda estimada de R\$ 15,6 bilhões para os Estados e o DF; de R\$ 11,0 bilhões para a União; e de R\$ 18,0 bilhões para os Municípios, enfatizando uma perda mínima total de R\$ 44,6 bilhões. Ciente do potencial perda de recursos, a COFIN lança uma moção de repúdio aprovada por unanimidade contra à PEC n°. 143/2015. Nessa se ressalta que apesar das emendas terem surgido com o objetivo de reduzir a recessão econômica de 2015, sua aprovação limitaria e reduziria tanto a oferta de serviços de saúde no âmbito público, como também minimizaria o aprimoramento dos serviços ofertados à população, significando então uma grave infração ao Direito Constitucional à saúde (CNS, 2016d).

Já em relação a Emenda Constitucional n° 86/2015, foi lançado o Manifesto em Defesa do SUS, ressaltando que sua aprovação degradaria a saúde da população, afetando a qualidade de atendimento na atenção básica, na compra de medicamentos, na realização de exames, além de deteriorar programas com funcionalidade no âmbito do SUS como o Mais Médicos e a Farmácia popular (CNS, 2016e).

O texto também denuncia que a nova equipe econômica do governo federal tem como prioridade o corte de gastos e que a Emenda, uma vez aprovada, ameaçaria os direitos sociais e de saúde que são previstos na Constituição Federal. As despesas tributárias (R\$ 300,00 bilhões por ano) e gastos da dívida pública (500.00 bilhões por ano), são muito mais elevadas que as despesas per capita do SUS de R\$ 1.100,00 (por ano), que garante serviços e ações para os mais de 200,00 milhões de brasileiros em cerca de 5.500 municípios, recursos que totalizam cerca de 220 bilhões por ano (CNS, 2016e). Ou seja, conforme um dos trechos do manifesto, “a situação do SUS é dramática. Seu colapso pode afetar as condições e a qualidade da atenção à saúde de 200 milhões de brasileiros. Na prática, o direito social à saúde está agora mais ameaçado do que antes, diante de manifestações” (CNS, 2015).

Os posicionamentos contra a garantia dos direitos constitucionais e o estado democrático de direito, a crise econômica devido ao período de recessão, e principalmente, como já mencionado anteriormente, os ajustes fiscais da nova equipe governamental (efetivados a partir de maio de 2016) ampliam os obstáculos ao SUS.

Nessa conjuntura política e econômica, é fundamental destacar que as restrições

orçamentárias e financeiras agravam substancialmente os recursos da Atenção Básica, segundo as análises apresentadas no Conselho Nacional de Saúde. Esse se posiciona que realizar modificações orçamentárias na Atenção Básica, não para incremento, mas no sentido de “reduzir gastos”. Isso significa prejuízos que geram impactos no acesso para pessoas que necessitam desde o atendimento inicial, bem como aqueles usuários que utilizam dos serviços especializados de forma mais frequente devido a doenças de condições crônicas como a diabetes e a hipertensão que requerem uma atenção de forma mais assídua; o acompanhamento de gestantes durante o pré-natal; os esquemas de vacinação para crianças e adolescentes, e demais funções essenciais demandadas especificamente nesse âmbito.

Essa restrição foi pautada com base nos seguintes motivos:

“a) Pela não liberação de todos os recursos autorizados na lei orçamentária, limitando a aplicação em ações e serviços de saúde a um valor muito próximo da aplicação mínima estabelecida pela Lei Complementar nº 141, caracterizando uma situação que se observa nos últimos 15 anos (exceto para o ano da epidemia da Influenza) de que o valor mínimo tornou-se o valor máximo, fazendo com que a aplicação federal ficasse estagnada em torno de 1,7% do PIB neste período, diferentemente do que ocorreu nos Estados e, principalmente, nos Municípios. b) pela não incorporação, no orçamento de 2015, do saldo dos valores ainda não compensados dos Restos a Pagar cancelados em 2012 e 2013. c) por não estar disponível nas contas do Fundo Nacional de Saúde os valores correspondentes aos empenhos não pagos em 2015 e ao saldo de restos a pagar de exercícios anteriores, conforme preconiza a Lei Complementar nº 141/2012: não basta empenhar a despesa para verificar o cumprimento da aplicação mínima; é preciso que os valores empenhados, mas que não foram pagos até o final do exercício fiquem depositados nas contas do Fundo Nacional de Saúde” (CNS, 2016f, p. 6) – (Linha 363 – 369).

Já em outubro de 2016, a PEC 241, de 15 de junho de 2016, é pautada no Conselho Nacional de Saúde. No período foi lançado o documento “Não à PEC 241. Por uma solução das contas públicas que respeite os direitos sociais”. De forma sucinta, o documento explicitava que a PEC 241 tratava de um novo modelo para o regime fiscal, onde seria estabelecido um “teto” para despesas de nível primário pagas em 2016 durante um período de 20 anos (de 2017 até 2036), e que com base em cálculos realizados em diferentes cenários, acarretaria uma perda de bilhões, enfraquecendo o SUS de forma ríspida. Ao se querer corrigir o déficit gerado pela recessão econômica que acabou reduzindo as receitas públicas, afeta-se diretamente às políticas sociais, e o financiamento do SUS. Além de inviabilizar o aumento da aplicação de percentuais nas ASPS (Ações em Serviços Públicos em Saúde), reduziria o piso para a ASPS que estava estabelecido do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias

(PLDO) de 2017, cuja despesa empenhada em 2016 seria corrigida por 7,2%, podendo chegar ao valor de R\$ 114,6 bilhões e desvincularia os incrementos de gastos mediante ao crescimento do PIB (sem considerar o crescimento da população e a progressão dos custos no setor da saúde) (CNS, 2016g).

“O CNS diz “NÃO” à PEC 241/2016, porque a essência dela é o corte de despesas primárias ao arrepio dos atuais direitos constitucionais para fazer valer o superávit primário nos próximos 20 anos, “corte” este expresso pela lógica da correção dos gastos tão somente pela variação anual do IPCA” (CNS, 2016g, p. 12) (Linha 691 - 694).

Estimava-se que haveria uma perda de R\$ 434 bilhões considerando o período de 2017-2036. Ou seja, a proposta deterioraria as condições de vida e de saúde da população, visto que os cortes teriam reflexo principalmente na qualidade e oferta dos serviços na Atenção Primária. Em nota o CNS aponta algumas alternativas viáveis para a redução dos gastos públicos, como por exemplo rever a renúncia fiscal, reelaborar a legislação do Imposto de Renda, rever a isenção de tributação dos lucros e dividendos, aumentar a tributação de tabaco, álcool e até mesmo regras de tributação sobre grandes transações financeiras e grandes fortunas.

“NÃO À RECESSÃO E AO DESEMPREGO! NÃO À PEC 241/2016 QUE LEVARÁ AO DESMONTE DO SUS E À REDUÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS! O CNS DEFENDE UMA NOVA POLÍTICA ECONÔMICA E UMA OUTRA FORMA DE SOLUÇÃO DAS CONTAS PÚBLICAS QUE RESPEITE A CONSTITUIÇÃO-CIDADÃ!” (CNS, 2016g, p. 13) – (Linha 739 – 742).

É importante frisar que os cortes definidos pela PEC 241 não levavam em consideração alguns aspectos cruciais como o aumento da população futuramente, o envelhecimento (estágio da vida em que as assistências em saúde são fundamentais), estratégias para instalação, manutenção e permanência de equipamentos de saúde que prestam serviços à população, além de respostas à novas epidemias que poderiam surgir futuramente (como o atual contexto de pandemia de Covid-19) e combate às que são persistentes como a dengue, sífilis e a tuberculose.

Na Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 10 e 11 de novembro de 2016, o representante do Ministério da Fazenda (atual Ministério da Economia em 2022), Marcos José Mendes, foi convidado para discutir sobre a reforma fiscal, apresentando argumentos pelos quais as modificações seriam uma “boa opção” para o setor da saúde (CNS, 2016h).

Ele destacou que a saúde estava perdendo orçamento com o regime em vigor e comentou que a vinculação de receitas para a saúde foi um equívoco do passado, necessitando ser revisto. Para ele, a PEC 241 foi proposta diante da situação grave no âmbito econômico do país, onde os gastos públicos estão em constante crescimento, tornando-se superiores a capacidade de pagamento do Estado (CNS, 2016h).

Ainda para ele, este problema que teria se agravado nos últimos cinco anos, seria de modo a ser provável uma aceleração incontrolável das despesas. Isso acarretaria sérios problemas, como a alta inflação, estagnação do crescimento econômico no cenário atual e, é claro, nas projeções para os próximos anos. Portanto, a PEC recomendaria nada mais que um “realismo orçamentário” para manter o equilíbrio entre receitas e despesas. Por isso, um novo regime fiscal deveria prever o limite das despesas no orçamento do governo federal, evitando contingenciamentos, incertezas na execução de orçamentos e na interação entre as verbas.

O representante do Governo Temer também afirmou que os pressupostos de estudos que apontam grandes perdas para a saúde e educação não se sustentam. Comentou ainda o setor tem sido usado para realizar objetivos secundários como “fazer política industrial e proteger setores da indústria brasileira” (CNS, 2016h, p. 4) - Linha 196 – 197).

Apesar da indicação de estancar as receitas após o estabelecimento de 15% da receita corrente líquida, conforme previsto pela EC 86, o representante do governo destaca que não existia um teto estabelecido para despesas da saúde, uma vez que o segmento participa do teto global das despesas do Poder Executivo. Ele ressalta que a PEC só seria aplicada para o governo federal, não interferindo no financiamento da saúde que tem recursos com origem nos Estados e Municípios (CNS, 2016h).

Outros pontos também foram abordados durante a argumentação para implementação de um novo regime fiscal, como gráficos sobre despesas da União em 2015, onde quase 60% do orçamento público foi utilizado para benefícios assistenciais e previdenciários; gráficos sobre o crescimento das despesas da União entre 2004 e 2015, destacando a saúde com o percentual de 65% das despesas primárias; contextualização da situação atual através da ilustração do que acontece com a saúde em casos de desestruturação econômica através dos casos da Venezuela e Argentina, durante a crise a partir de 2010 (CNS, 2016h).

Após a explanação, os membros do conselho rebateram a argumentação exposta

pelo representante do Ministério da Fazenda. Pontuou-se que outras estratégias podem ser utilizadas para o equilíbrio das finanças públicas. Para fortalecer este argumento, documentos, projeções e opiniões contra a PEC 55 e seus respectivos pontos negativos com base em uma conjuntura em caso de aprovação pelo Senado foram citadas.

Na época, alguns cenários impunham que os recursos federais para o SUS seriam reduzidos de 1,7% do Produto Interno Bruto, em 2016, para 1,0% até 2036 e discutem essa decisão considerando uma ofensa à Constituição de 1988, significando retirada de direitos sociais, que ocasionaria severas desigualdades econômicas e sociais (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A proposta de emenda constitucional congelamento de gastos públicos da União por 20 anos (BRASIL, 2016c) foi considerada a “PEC da Morte”.

Embora as análises técnicas e posicionamentos de vários setores sociais contra o controle e limitação dos gastos com a saúde, dado gerar problemas na garantia de direitos e acesso a serviços de qualidade para a população, em dezembro do mesmo ano, foi instituído um Novo Regime Fiscal, por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016, pelo então presidente Michel Temer.

Concomitantemente à aprovação do Novo Regime Fiscal, o Ministro da Saúde Ricardo Barros defendeu a criação de planos privados populares como forma de garantir eficiência econômica (MELO et al., 2018). O debate sobre o público e o privado nas questões relacionadas a saúde ganharam pauta nas reuniões do CNS. Relembrou-se que o SUS possuía cerca de R\$ 1.000,00 por pessoa/ano, oferece uma série de serviços, como consultas, exames, medicamentos, vacinação de pessoas e animais, a fiscalização de estabelecimentos, realização de transplantes, e demais outros serviços para a população. Já no âmbito privado, o valor gasto é em torno de R\$ 2.818,00 per capita/ano para uma clientela que é quatro vezes menor. Também foi notado que o preço cobrado por clínicas, laboratórios e planos privado de saúde é bastante superior aos valores do SUS (CNS, 2016e).

Nessa conjuntura, emerge a discussão sobre uma nova Política Nacional da Atenção Básica, introduzindo a revisão de diretrizes para esse serviço e modificou vários aspectos relacionados à sua organização, como número de profissionais, de ACS necessários, carga horária dos médicos e a forma de financiamento, por exemplo (BRASIL, 2017).

Em 2016 já havia debates sobre a revisão e aperfeiçoamento da Política Nacional

de Atenção Básica. Ainda na 287ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, o Diretor de Atenção Básica no âmbito do Ministério da Saúde, Allan Nuno, trouxe algumas exposições que seriam importantes durante as discussões de aperfeiçoamento da política (CNS, 2016h). Falava-se que 73% dos brasileiros já possuem amparo em saúde através dos serviços da atenção básica, onde 63% são atendidos pelo modelo de Estratégia da Saúde da Família (padrão prioritário conforme diretrizes do Ministério) (CNS, 2016h).

Porém, apesar dos avanços em termos de acesso e cobertura populacional, os ajustes seriam necessários para uma melhor qualificação nos serviços oferecidos e na infraestrutura disponibilizada, levando em consideração as particularidades de cada região. Além disso, a revisão também seria primordial devido a dado que reflete um percentual de 10% da população (equivalente a 20 milhões de pessoas), que está sendo atendida por modelos que não o da saúde da família. Algumas demandas individuais ou da comunidade que são atendidas em serviços especializados, de urgência ou emergência, poderiam ser resolvidas de forma eficiente na atenção primária: “estudos mundiais demonstram que o bom funcionamento da atenção básica resolve, no mínimo, 80% das necessidades de saúde”, ressaltou (CNS, 2016h, p. 16) – (linha 922 – 923).

Visando o fortalecimento, manutenção e estabelecimento de diretrizes para o processo de revisão da Política de Atenção Básica, foi aprovado pelo Plenário por unanimidade a construção de um GT no âmbito do CNS voltado para esse tema. A deliberação foi realizada entendendo que a investigação desse processo deveria partir de várias questões, como as dificuldades orçamentárias nas três esferas de gestão; a singularidade da política, que não deve seguir um modelo único, sobretudo pelas diferenças e desigualdades no país (com base no território e no número de indivíduos) que influenciam no tipo de estratégias e serviços prestados; a possibilidade de diálogo com outros setores e políticas de saúde, como por exemplo a vigilância; e visando a instrumentalização de equipes como as de saúde bucal, de agentes comunitários e outros profissionais da saúde da família (CNS, 2016h). Mas, apesar dos tensionamentos, uma nova edição da PNAB foi estabelecida em setembro de 2017.

Melo et al (2017) mostraram os impactos dessa decisão para a coordenação do cuidado, considerando a flexibilização dos recursos federais, permitindo aos gestores municipais a possibilidade de compor as equipes de saúde conforme as “necessidades” do município. Para eles, os princípios da universalidade e da integralidade propostos pelo SUS

seriam prejudicados. Enquanto as PNAB de 2006 e 2011 determinam o número de ACS na equipe de forma a garantir 100% de cobertura populacional, a de 2017 traz a possibilidade de serem constituídos novos arranjos, a cargo de decisão do gestor municipal, de acordo com as especificidades do território, por exemplo (MELO et al., 2017).

Naquele momento, foram definidos padrões distintos de ações para a AB, também sobre a justificativa das diferenças condições das localidades, distinguindo em cuidados “essenciais” e cuidados “ampliados”. Nesse sentido, a PNAB de 2017 estabeleceu o comprometimento apenas nas atividades consideradas essenciais, enquanto os cuidados ampliados ficariam a critério dos gestores municipais. Eis que algumas “sugestões” descritas na política ocasionaram discussões acerca da não obrigatoriedade de ações que compreendem a integralidade do cuidado na AB, logo, incute a segmentação e fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS (ALMEIDA et al., 2018).

Junto com a aprovação da EC 95/2016 que congelou o incremento de recursos para a saúde, a área de Atenção Básica à Saúde que já contava com recursos reduzidos no Brasil (se comparado a países com sistemas e o seu custo-efetivo), passou a enfrentar possibilidades de retrocesso como a redução da cobertura de atendimento que impactará diretamente na diminuição de serviços e assistência para a população.

Com os tensionamentos que surgem a partir de uma conjuntura de diminuição orçamentária, o CNS em Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2017, aprova a Resolução Nº 541, de 17 de fevereiro de 2017, referente à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2018 da União (CNS, 2017a).

O cenário de modificações político-institucionais faz parte de um protótipo chamado por alguns autores de Modelo Médico-Hospitalar Neoliberal Privatista (CNS, 2017b, p. 19) – (linha 1128). Esse possui centralidade na doença e no corpo biológico, nos procedimentos médicos, na hospitalização, priorizando uma relação profissional-usuário unidirecional e autoritária, em vez de levar em consideração o indivíduo (sujeito de forma integral), a comunidade (coletivo), o território e o contexto que se está inserido (determinantes sociais). Esse viés vai na contramão ao que podemos compreender como o modelo de Atenção Básica no Brasil:



“A atenção básica no Brasil é 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2011)” (CNS, 2017b, p. 20) – (linha 1135 – 1139).

Apesar das mudanças na PNAB apresentarem alguns avanços, tais como a incorporação de políticas implementadas após 2011, há críticas sobre o texto em dois aspectos: 1) normas que anteriormente já estavam escritas e que são apenas reforçadas, e 2) textos com efeitos puramente de recomendações, “silêncios” que podem ser caracterizados como desregulações na saúde. Outros pontos também chamam atenção nos debates sobre as modificações da política, como a retirada do mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pela equipe de saúde da família (que eram quatro e passam posteriormente para apenas um), além de ser removida a obrigatoriedade de agentes cobrirem 100% dos habitantes com base nos princípios da integralidade e universalidade (CNS, 2017b). O Quadro 1 busca comparar as mudanças, considerando a PNAB 2011 e a PNAB 2017.

Quadro 1 – Mudanças na Política Nacional da Atenção Básica do ano de 2017, comparada a do ano de 2011, em relação à cobertura populacional, composição de equipes, NASF e ACS.

	<b>PNAB 2011</b>	<b>PNAB 2017</b>
<b>Cobertura Populacional</b>	Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000.	População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas.  Além dessa faixa populacional, <b>podem existir outros arranjos</b> de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, <b>facultando</b> aos gestores locais.
	Cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal: população/2.000.	Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: população/2.400.
		4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.
	São itens necessários à estratégia Saúde da Família: I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por,	Composta no mínimo por médico, <b>preferencialmente</b> da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, <b>preferencialmente</b> especialista

<p><b>Equipe de Saúde da Família (eSF)</b></p>	<p>no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e <b>agentes comunitários</b> de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.</p>	<p>em saúde da família; auxiliar <b>e/ou</b> técnico de enfermagem e <b>agente comunitário</b> de saúde (ACS). <b>Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE)</b> e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, <b>preferencialmente</b> especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.</p>
	<p>II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.</p>	<p>O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.</p>
	<p>V - Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, <b>à exceção dos profissionais médicos (...); dedicar no mínimo 32h para a ESF, podendo dedicar até 08h para atendimento na rede de urgência do município ou atividades de EP;</b></p>	<p>Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais <b>para todos os profissionais de saúde membros da ESF</b>. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.</p>
	<p>IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, <b>exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF</b> e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais.</p>	
<p><b>Equipe da Atenção Básica (eAB)</b></p>	<p>Não previa essa modalidade</p>	<p>As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias. A composição da <b>carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três)</b></p>

		<p><b>profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.</b></p> <p>O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.</p>
<b>Equipe de Saúde Bucal (Esb)</b>	<p><b>Modalidade I</b> - cirurgião + auxiliar.</p> <p><b>Modalidade II</b> - cirurgião + técnico + auxiliar.</p> <p><b>Modalidade III</b> - profissionais que operam em Unidade Odontológica Móvel.</p>	<p><b>Modalidade I</b> - cirurgião + auxiliar OU técnico.</p> <p><b>Modalidade II</b> - cirurgião + técnico + auxiliar OU técnico.</p>
<b>Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)</b>	Denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): a Portaria previa as modalidades e cargas horárias dos profissionais.	<p>Apresenta apenas conceitos e competências da equipe.</p> <p>A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do território.</p>
<b>Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)</b>	II -a existência de <b>um enfermeiro</b> para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde.	<b>b.o número de ACS e ACE</b> por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.
	Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma <b>microárea</b> sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.	Cada ACS deve realizar as ações previstas <b>nas regulamentações vigentes</b> e nesta portaria e ter uma <b>microárea</b> sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

Fonte: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2018.

Há elementos no texto que podem ser destacados com bastante preocupação. Dentre eles, o processo de regulamentação do “modelo tradicional”, que ainda convivia com a Estratégia de Saúde da Família. Outro ponto seria o estabelecimento de equipes com apenas três profissionais (sem a composição dos ACS), com no mínimo 10 horas de carga horária de trabalho. As conversões para financiamento da chamada Atenção Básica “não saúde da família”, muda a distribuição de recursos, substituindo o modelo da ESF por uma configuração com “menos qualidade”, menos exigências, um menor gasto imediato e elevação nos custos sistêmicos, conforme atores do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2017b).

As críticas da maioria dos conselheiros nacionais apontavam para diversas

irregularidades na proposta de mudança. Para eles, em curto/longo prazo uma piora na qualidade seria percebida, tanto no atendimento da população, quanto numa configuração menos adequada para atender os casos de transição epidemiológica e demográfica. Ademais, o modelo tem a necessidade de outros programas alternativos para “suprir” a carga horária flexibilizada como aconteceu anteriormente com o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica e o Mais Médicos, este último que exigia um mínimo de 32 horas de carga horária (CNS, 2017b).

Diante desse contexto, nos anos seguintes, após um período eleitoral conturbado em que a proposta de poder de uma “direita” tradicional, conservadora, de caráter duvidoso, discursos desconexos, incoerentes foi de encontro a uma “esquerda” fragilizada e desacreditada e venceu, o ano de 2019 se iniciou em meio à certeza de que o prognóstico não era favorável para a saúde.

### **3.3. A partir de 2019, Governo Bolsonaro e a Emergência do Previner Brasil na Agenda Intergovernamental**

A eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, envolveu grupos de uma direita tradicional e neoliberal, além de conservadores católicos, evangélicos, forças armadas, além de idealizadores neofascistas, a partir de uma “coalizão de conveniências” descrito por Nobre (2020), que facilitaram a sua aceitação. De acordo com as notícias em jornais veiculados de forma digital, redes sociais, entre outros, o Governo Bolsonaro se iniciou com o apoio de vários setores (BBC NEWS, 2019; ABCDADOS, 2019).

Coalizão de apoio foi discutida a partir de três características centrais. A primeira compreende o campo da crise econômica, com propostas neoliberais e o discurso de resolução de todos os problemas. A segunda característica refere-se a ideia do combate à corrupção dos governos anteriores presente. Por último, a lógica do sucateamento e desmonte do aparelho estatal, presente na agenda política (OLIVEIRA, 2019; SPINIELLI, 2022). No entanto, a caracterização de sua eleição afirmava a continuidade de uma agenda reacionária instaurada a partir do Golpe Político em 2016. Nesse sentido, os planos governamentais para 2020 eram reduzidos a uma agenda de privatizações, além de ataques a direitos sociais, ambientais, humanos e trabalhistas (SAVER; LEITE; 2020).

Outra questão discutida em relação a este governo refere-se à postura do

presidente em relação aos espaços de controle social. Em abril de 2019, a publicação do Decreto nº9.759, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, determinou que os mecanismos de controle democrático do Estado teriam que justificar a sua importância para continuar exercendo as suas atividades (BRASIL, 2019a).

Em relação à saúde, antes mesmo do início do mandato em 2019, já foi evidenciado retrocesso a partir da ruptura da cooperação entre Brasil e Cuba em relação ao acordo de cooperação técnica no âmbito do Programa Mais Médicos<sup>7</sup>, ocasionando a retirada de 8 mil médicos cubanos das unidades da Estratégia Saúde da Família (ABRASCO, 2018; LIMA; CARVALHO, 2019). Esse fato que ocorreu com interferência dos discursos públicos do futuro presidente fazendo críticas ao Programa desenvolvido no regime de Dilma Rousseff. Por certo, a decisão gerou dificuldade na distribuição e alocação de médicos nos municípios e desencadeou fragilidade antes de iniciar o ano de 2019 (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

O primeiro Ministro da Saúde foi Luiz Henrique Mandetta, médico ortopedista e ex-deputado federal pelo Partido Democratas. Em seu primeiro discurso de posse, no dia 2 de janeiro de 2019, após apresentar sua carreira na assistência à saúde e na política, reforçou que “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Ele diz que seu governo não haveria retrocessos no setor, e destaca a importância do princípio da equidade (PODER360, 2019).

Como a justificativa de melhorar os resultados da ABS, o Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 9795, do dia 17 de maio de 2019, alterou o organograma federal e instituiu, pela primeira vez, uma Secretaria responsável pela Atenção Primária à Saúde (SAPS), a partir da divisão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). A nova secretaria compreende o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), o Departamento de Saúde da Família (DESF) e o Departamento de Promoção da Saúde (DPS) (BRASIL, 2019c). O indicado para assumir essa secretaria foi Erno Harzheim, médico da família e comunidade, ex-Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre. Com isso, transmitiu a ideia

---

<sup>7</sup> Criado mediante a Lei nº 12.871 de 2013, o PMM foi efetivado a partir de um pacto interfederativo objetivando a melhoria do atendimento à saúde dos usuários, principalmente das populações vulneráveis, que sofriam com a ausência ou a permanência intermitente de profissionais médicos (BRASIL, 2013). Na composição dos médicos alocados estavam cerca de 79% de profissionais cubanos inseridos mediante a convênio internacional entre os ministérios da Saúde de Cuba e Brasil e a OPAS (SEPARAVICH; COUTO, 2021).

de uma ABS adquirindo força e apoio para uma melhor organização e implementação, a partir da diferenciação entre os serviços de média e alta complexidade (REIS et al., 2019; HARZHEIN, 2020).

No mês de agosto do mesmo ano, o Ministério da Saúde divulgou consulta pública sobre a proposta de uma Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) Essa estabeleceria o detalhamento de serviços a serem ofertados pela AB (REIS et al., 2019). A proposta dividiu opiniões de pesquisadores, entidades e instâncias. Em um lado, defendem a contribuição para uma melhor definição de papéis, para o direcionamento dos serviços e procedimentos a serem realizados, além de argumentarem sobre a possibilidade de ampliar a resolutividade nos serviços prestados (GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Do outro lado, alguns pesquisadores da Saúde Coletiva, instâncias como o Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, sinalizaram contra a proposta da Carteira de Serviços por significar inadequação ao princípio da integralidade do SUS, em uma definição de atribuições listadas com pouco espaço para a prevenção e promoção da saúde, com predominância do modelo biomédico, com a ideia de segmentação do cuidado (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Além disso, denunciam a forma como a CaSAPS foi elaborada e divulgada, em um momento de congelamento de gastos relacionados à saúde, com alusão à saúde privada e sem a participação ativa dos conselhos estaduais e municipais, que foram omitidos nesse processo, traduzindo em ausência do controle social no Sistema Único de Saúde (REIS, 2019; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O novo modelo de financiamento foi estabelecido por meio da Portaria Ministerial nº 2.979 de novembro de 2019, chamado Programa Previne Brasil. Foi estabelecido, então, que o custeio da APS seria constituído por três vertentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019d).

O cálculo para captação ponderada compreende o quantitativo da população cadastrada na equipe de Saúde da Família no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), com atribuição de peso por pessoa, de acordo com o perfil demográfico por faixa etária, com a vulnerabilidade socioeconômica dessa população cadastrada e considerando uma classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2019d).

O padrão de custeio de saúde inspirado experiências e modelos internacionais traz a possibilidade de melhorias nas iniquidades sociais, a partir de uma maior equidade na distribuição de recursos. No entanto, é importante destacar que os resultados internacionais podem ser variados e que não deve ser realizada uma padronização tendo em vista as diferenças territoriais existentes no Brasil (MOROSINI et al., 2020).

Atores compartilham que a ideia de capitação para a distribuição de recursos para a assistência à saúde pode trazer benefícios como um melhor controle e identificação da clientela da área, aumentando a responsabilização por uma população. Os cadastros dos cidadãos podem favorecer o reconhecimento do perfil epidemiológico e auxiliar no planejamento de ações (HARZHEIN et al., 2020). No entanto, barreiras podem ser criadas para a assistência, por conta da necessidade de registro de dados e informações, por exemplo.

O pagamento por desempenho é efetuado de acordo com os resultados de indicadores alcançados pelas equipes cadastradas, para o ano de 2020, por exemplo, os indicadores analisados foram: a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV e 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 de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019d).

Por último, há o incentivo para custear programas e ações estratégicas na AB, como o Programa Saúde na Escola, já mencionado, ou a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Academia da Saúde, por exemplo, ou outros que venham a ser instituídos (BRASIL, 2019d).

O modelo proposto foi debatido no Congresso Nacional, como nas Unidades Federativas, com a participação de mais de 10.000 gestores, então, na 9ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em outubro de 2019, houve aprovação unânime (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020).

Para Erno Harzheim, então secretário de APS, a proposta de mudança baseia-se em modelos internacionais adaptados à realidade do Brasil. Para ele projeto buscaria a reorganização do cuidado, fortalecendo a AB, a partir da inclusão de 50 milhões de pessoas ainda não cadastradas na ESF, induzindo uma identificação adequada das famílias, além de

impor melhoria nos indicadores da AB, com ações coordenadas e longitudinais (HARZHEIM, 2020).

Em outra perspectiva, o novo financiamento da AB é analisado como mais um obstáculo na garantia dos princípios do SUS. Massuda (2020) sugere que a proposta compreende um objetivo restritivo, que limita a universalidade, podendo aumentar as distorções no financiamento e reverter a redução das desigualdades na saúde. Refere que a captação como critério para repasse de recursos adiciona uma condição para o financiamento, com possíveis consequências para o sistema de saúde. Os municípios em áreas carentes podem apresentar maior dificuldade para cadastro da população e os indicadores contemplados para análise de desempenho podem reduzir a atenção das equipes para as outras ações e problemas de saúde, por exemplo (MASSUDA, 2020).

Um estudo projetou dois cenários para o ano de 2020 com base na adoção dos novos cálculos sobre o financiamento da Atenção Básica nos municípios, a partir da capitação ponderada. O primeiro cenário compreende a situação de cadastro da população atual, cujo percentual demonstra perda de 37.15% do repasse federal. O segundo cenário, abordando a perspectiva positiva de que os municípios consigam cadastrar o máximo de pessoas possível, considerando os parâmetros divulgados, ainda assim apresentam redução de 4,68%. Nesse sentido, o estudo expressa a perspectiva de que, mesmo com o melhor dos cenários, a Atenção Básica segue prejudicada com as novas publicações (VIEIRA, 2020).

Vale destacar que as novas publicações retomam a nomenclatura internacional “Atenção Primária à Saúde”, rejeitando a diferenciação que assumiram, no movimento sanitário brasileiro, de um sentido mais amplo para a atenção básica, já mencionado, em um campo comprometido com os princípios da universalidade, integralidade e equidade (GIOVANELLA et al., 2019).

Diante do contexto mencionado sobre o atual governo, os estudos epidemiológicos projetam um futuro “cinza” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020), em que há impasse em relação ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 e restauração da economia, o presidente da república tem governado de forma autoritária, em meio a seguidas decisões inadequadas, cruéis, que vão contra a todos os princípios que deveriam ser defendidos, principalmente considerando a magnitude da pandemia e suas consequências em âmbito individual e coletivo (DAUMAS et al., 2020).



Em relação ao enfrentamento da pandemia, a falta de uma condução responsável na esfera nacional impossibilita uma articulação rápida e eficaz em todos os estados e municípios nas ações de controle. Longe disso, o “governo Bolsonaro” têm se empenhado em ir contra a todas as recomendações científicas, aos estudos internacionais, com um discurso negacionista, minimizando o impacto da COVID-19 às populações. A omissão em seu papel de líder de uma nação tem contribuído para o agravamento e extensão da pandemia no país. Nesse sentido, os estados e municípios tiveram que assumir suas próprias condutas e recomendações, com os obstáculos ao confrontar o presidente da república (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020; FERNANDES; OLIVEIRA; CAMPOS, 2020).

No curso da crise sanitária brasileira, ainda, houve o desmonte do Ministério da Saúde, a partir da demissão de técnicos e troca de três ministros desde o início da pandemia, por divergências com Jair Bolsonaro (BRAVO; MENEZES, 2021).

Ainda, nesse momento em que o país requer uma maior aplicação de recursos, a EC/95 tem sido amplamente reprovada, por ocasionar terríveis efeitos nas políticas de saúde, de acordo com organizações da sociedade civil, a Organização das Nações Unidas, a Organização dos Estados Americanos, entre outros, denunciaram esta emenda a partir de documento que apresenta os danos a serem causados (OLIVEIRA, 2019; ROCHA, 2021).

Em relação ao novo financiamento da Atenção Básica, a portaria n° 29 do dia 16 de abril de 2020 prorrogou o prazo da etapa de transição da capitação ponderada para as equipes, considerando o contexto da emergência nacional pelo coronavírus (BRASIL, 2020).

No contexto da pandemia instaurada pela COVID-19 no Brasil, algumas fragilidades foram evidenciadas de forma mais notória em relação a estruturação do Sistema Único de Saúde e o sistema federativo brasileiro (FERNANDES, 2020; SOUZA, 2021).

Uma das principais decisões que ocasionaram um número exorbitante de mortes e de pessoas infectadas, com sequelas, geradas em meio à pandemia foi o presidente Jair Bolsonaro ir contra a todas as recomendações científicas nacionais e internacionais, e não satisfeito, divulgar informações inadequadas. Além de não fornecer o apoio estrutural, financeiro, ágil e eficaz, aos Estados e Municípios, ainda buscou de todas as formas prejudicar quando estes resolveram estabelecer suas próprias decisões. Nesse sentido, foi identificado como a estruturação federativa do Brasil, em relação a descentralização contribuiu para uma tragédia ainda maior (FERNANDES, 2020; PASQUALIN, 2020; SOUZA, 2021)

Ainda, em toda a situação de congelamento de gastos com a EC nº95, de 2016, medidas financeiras puderam ser acessadas com base nos tetos de gastos para medidas extraordinárias em casos de emergências públicas, como foi o caso (MARIANO, 2017). Mesmo diante da situação mencionada, todas as ações nos Estados ocorreram de forma mais lenta, do que seria com o apoio do Governo Federal. Nesse período o Ministro da Saúde Mandetta foi demitido por não concordar com as atitudes do presidente e com ele outros foram sendo admitidos e trocados.

Autores discutem sobre a revogação da mudança no financiamento, por considerar que ela não irá contribuir para o fortalecimento da AB, principalmente no pós-pandemia, pelo contrário, nesse contexto é necessário ampliar, em todas as esferas, a capacidade dos municípios se reestabelecerem em saúde (GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020).

Diante desse contexto de crise, a análise dos processos decisórios em relação a mudança do financiamento, em âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, busca evidenciar a importância desses espaços para as discussões sobre as políticas de saúde, compreender como determinados temas foram escolhidos como pautas na agenda para futuras mudanças, além de identificar quais as justificativas apresentadas pelos atores, a fim de determinar a mudança de um cenário tão importante e impactante para o Sistema Único de Saúde.

#### 4 ESPAÇOS DELIBERATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Em relação aos processos sociais e políticos que se desenvolveram ao longo da trajetória do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário compreender o surgimento e as principais características dos instrumentos de participação e de gestão descentralizada, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite. Essas instâncias estão relacionadas às características do sistema de saúde, sendo importante compreender suas relações (CORTEZ, 2009).

No período de transição política do regime militar para a democracia, as forças políticas de esquerda passaram a influenciar e interferir na dinâmica parlamentar. Desse modo, participantes dos sindicatos, partidos, associações estudantis, por exemplo, envolveram-se diretamente no processo de formulação e de tomada de decisão de políticas públicas de saúde mais inclusivas e participativas no processo decisório (CORTEZ, 2009; LEANDRO; MENICUCCI, 2018).

A participação e o controle social foram mencionados por Carvalho (1995) como a principal inovação política do SUS. O entendimento de Conselho de Saúde que se vivencia atualmente foi apresentado na Constituição Federal (CF), em seu artigo 198 estabelece que a organização do Sistema de Saúde seja organizada de acordo com a participação da comunidade. Posteriormente, foi regulamentado pela Lei 8.142 de 1990 em que se designou i) conferência de saúde, com representação de movimentos sociais, para reunir-se a cada quatro anos e ii) conselhos de saúde, em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas e de participação na gestão<sup>8</sup> (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b).

De acordo com o último Regime Interno do Conselho Nacional de Saúde, publicado pela Resolução nº407 de 2008, o CNS deve atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na promoção do processo de controle social, nas estratégias e nos aspectos econômicos e financeiros. As suas competências incluem elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS; aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência; acompanhar e controlar a atuação do

---

<sup>8</sup> Nesse sentido, os Conselhos de Saúde (CS) são espaços de elaboração, avaliação e fiscalização das políticas públicas. A concepção atual de CS está inscrita na Constituição de 1988 e foi regulamentada com a promulgação da Lei 8.142, junto a Lei 8.080 de 1990.

setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio e fortalecer a participação e o controle social no SUS.

Em relação a sua estrutura, o CNS é organizado em: Plenário, Presidência, Mesa Diretora, Câmaras Técnicas, Comissões, Grupos de Trabalho e Secretaria Executiva.

O *Plenário* do CNS é o fórum de deliberação formado pelos representantes de usuários, governo e prestadores da área da saúde e profissionais de saúde. É composto por 48 membros, cada um com direito a um voto. De acordo com o seu Regimento Interno, o CNS deverá se reunir doze vezes ao ano, sendo o calendário definido na Reunião Ordinária do mês de dezembro de cada ano.

Para a participação das atividades, os conselheiros deverão ter suas despesas de passagem e diárias custeadas a partir de recursos do orçamento para o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde. A composição do Conselho é definida da seguinte forma:

1. Entidades e Movimentos Sociais de Usuários do SUS;
2. Entidades Nacionais de Profissionais de Saúde/Comunidade Científica na Área da Saúde;
3. Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde e das Nacionais com Atividades na Área da Saúde;
4. Segmento do Governo Federal.

I – 50% dos membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto;

II – 50% dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto; os representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são indicados pelos seus respectivos dirigentes.

A distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores.

Os conselheiros(as) são eleitos a cada três anos. A última eleição ocorreu no dia 11 de novembro de 2021, na ocasião, os (as) conselheiros(as) aprovaram a Resolução nº 657, de 9 de julho de 2021, com Regimento e o Calendário Eleitoral.

As pautas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias são definidas pela *Mesa Diretora*, que é composta por oito conselheiros titulares, incluído a presidência do CNS, que além da responsabilidade de conduzir os processos a serem deliberados, também tem competência de garantir intersectorialidade do controle social na saúde a partir de articulações com órgãos e instituições.

A *Presidência* do CNS é definida por meio de votação secreta, entre os conselheiros titulares, entre as principais atribuições estão a representação do conselho em suas relações internas e externas, o estabelecimento da interlocução com órgãos do Ministério da Saúde, expedir atos decorrentes de deliberações do CNS, entre outras.

Ainda em relação a composição, existem *as Comissões*, que são organismos de assessoria ao Plenário, que buscam fornecer subsídios de discussão para a formulação de estratégias sobre as políticas de saúde. Atualmente o conselho possui 19 comissões e cada comissão pode ter até 36 membros, dentre eles, além dos conselheiros titulares e suplentes, também representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, por exemplo.

De caráter temporário e excepcional, também existem *as Câmaras Técnicas*, para dar suporte ao conselho sobre temas específicos, podendo ser compostas por membros do CNS e por representantes da sociedade civil. Também com o propósito de assessoramento temporário ao Plenário podem ser criados os Grupos de Trabalho (GT), com composição de até cinco conselheiros.

Por fim, existe uma Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, como órgão vinculado ao Gabinete do Ministro da Saúde com a finalidade de fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do CNS.

Em relação pautas das Reuniões Ordinárias do CNS são compostas pelos seguintes momentos: i) aprovação da ata da reunião anterior; ii) expediente, que tem duração de duas horas, na qual devem constar as indicações, o relatório da reunião e os informes; iii) ordem do dia, momento de apresentações e debate dos temas previamente definidos e iv) encerramento.

Nessa compreensão, o Conselho Nacional de Saúde, a partir de 1990, passou a ser responsável pela formulação de estratégias, pela execução da política de saúde do Brasil, em caráter deliberativo e ocupando lugar central na arena política. No entanto, julgaram necessário buscar mecanismos para coordenação vertical e horizontal das ações de forma

descentralizada, a partir das dificuldades encontradas na gestão do sistema de saúde. Nesse sentido, o CNS propôs ao Ministério da Saúde a criação de uma comissão com a finalidade de discutir e elaborar propostas para a operacionalização do SUS, por meio da Resolução nº2 de 26 de abril de 1991, que posteriormente veio a ser conhecida como Comissão Intergestores Tripartite (CNS, 1991; CORTEZ, 2009).

O Ministro de Saúde da época, por meio da Portaria nº1180 de 22 de julho de 1991, estabeleceu uma Comissão Técnica com representantes da União, do CONASS E CONASEMS com a finalidade de discussão dessas propostas, inclusive em questões de gerenciamento e financiamento do Sistema Único de Saúde (BRASI, 1991).

Nesse sentido, a Comissão Intergestores Tripartite foi constituída com a finalidade recomendada pelo CNS, de “elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS”, no entanto, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizados do Conselho Nacional de Saúde. Segundo Carvalho (1998) era evidente a obrigatoriedade de submissão de suas propostas e conclusões aos Conselhos a partir de relatórios periódicos.

A Comissão Intergestores Tripartite pode ser definida como espaços de interlocução e articulação entre gestores a nível federal, estadual e municipal, com o propósito de possibilitar a realização das políticas públicas, caracterizando-se também como instâncias de pactuação e negociação (RIBEIRO, 1997; LEANDRO; MENICUCCI, 2018).

De acordo com a Resolução nº1 de 11 de maio de 2016, que estabeleceu o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite, compete à CIT pactuar: i) aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão do SUS; ii) diretrizes gerais sobre região de saúde; iii) responsabilidades dos entes federativos na rede de atenção à saúde; iv) critérios gerais sobre o planejamento integrado das ações e serviços de saúde, entre outros.

O plenário da CIT é composto por membros titulares das Secretarias do Ministério da Saúde, além de sete membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e de sete membros do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, com reuniões mensais constituídas pela i) abertura dos trabalhos; ii) apreciação da pauta; iii) apresentações e discussões; iv) discussões e pactuações; v) informes e vi) encerramento. Os temas que serão deliberados e pactuados no plenário deverão ser previamente analisados e fundamentados pela Comissão Técnica da CIT, composta por dois representantes do Ministério da Saúde, dois representantes do CONASS e dois representantes do CONASEMS (BRASIL, 2016b).

As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite atuam como instâncias executivas dos Conselhos de Saúde, mas a sua composição governamental permite uma maior agilidade decisória, além de ter influência relevante na burocracia estatal, o que pode ocasionar certo conflito de competências (RIBEIRO, 1997)

Segundo autores citados, a institucionalização da CIT teve impacto sobre o Conselho Nacional de Saúde, à medida que passou a ser o principal espaço institucional de tomada de decisão sobre aspectos importantes do sistema de saúde, como o financiamento, por exemplo (LEVCOVITS; LIMA; MACHADO, 2001; SANTOS; GERSCHMANN, 2006; CORTEZ, 2009).

A necessidade de fortalecer as instâncias colegiadas como espaços legítimos para discussões e deliberações de políticas de saúde ainda permanece, mesmo após mais de 30 anos após a definição de um novo modelo de atenção à saúde brasileiro.

## 5 PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA NA CIT E CNS: BUSCANDO EVIDÊNCIAS SOBRE A AGENDA POLÍTICA NO GOVERNO BOLSONARO

No Sistema Único de Saúde do Brasil, os espaços de negociação e tomada de decisão foram criados pelas Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CORTEZ, 2009). Como instrumentos de articulação intergovernamental, esse surgimento está relacionado a características importantes no processo de desenvolvimento dos instrumentos de participação, controle social e gestão descentralizada, a partir da decisão e fiscalização de aspectos operacionais, financeiros e administrativos (CORTEZ, 2009; CRUZ; ALVES, 2019).

A seguir, descreve-se e analisa as reuniões da CIT e do CNS do período de 2019 e 2020, no que se diz respeito às pautas sobre a Atenção Básica à Saúde e o seu financiamento.

### 5.1. Comissão Intergestores Tripartite: Atenção Básica à Saúde na agenda decisória.

#### 5.1.1. O ano da mudança: reuniões da CIT em 2019

Ao se analisar as Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Tripartite, no ano de 2019 e 2020, identificamos 13 pautas relacionadas à Atenção Básica em Saúde e/ou seu financiamento no ano de 2019, conforme o Quadro 2, e 11 pautas no ano de 2020.

Quadro 2 – Pautas sobre Atenção Básica identificadas nas Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Tripartite, no ano de 2019.

Data	Pautas sobre Atenção Básica/ Financiamento
Março	Portaria que institui o Programa Mais Saúde da Família: turno estendido, na Política Nacional de Atenção Básica – SAS/MS.
	Portaria que dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio mensal aos municípios que aderirem ao Programa Mais Saúde da Família: turno estendido – SAS/MS.
Maio	Certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – SAS/MS.
	Programa Mais Médicos – SGTES/MS.



Junho	Portaria que institui o fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde e altera a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 – SAPS/MS.
	Atualização do Panorama Saúde na Hora – SAPS/MS.
Agosto	Minuta de Portaria que institui a equipe de Atenção Primária e acrescenta organizações de carga horária para equipe de Saúde Bucal – SAPS/MS.
	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS.
Setembro	Portaria que institui as equipes de Atenção Primária à Saúde (e APS) – SAPS/MS.
Novembro	Minuta de portaria que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os indicadores do Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SAPS/MS.
	Painel de Apoio à Gestão: Financiamento – Consulta dos valores do novo modelo de financiamento da Atenção Primária – CONASEMS.
Dezembro	Ficha de Qualificação dos indicadores referentes ao Programa Previne Brasil – SAPS/MS.
	Publicação da Portaria que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil – SAPS/MS.

Fonte: <https://antigo.saude.gov.br/#tab2>

Logo no início do ano, houve tensões relacionadas ao tema da atenção básica em saúde. De forma mais específica, na Segunda Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 28 de março de 2019, o presidente do CONASEMS desde 2015, Mauro Junqueira Guimarães, comentou sobre algumas pactuações da Atenção Básica que não haviam sido publicadas no ano anterior e que precisavam ser retomadas, em destaque chama atenção para a questão do Programa Mais Médicos. Ele apontou que os municípios estavam prejudicados pela ausência do profissional-médico:

“Ficou praticamente ajustado que nós faríamos algumas reuniões ao longo do mês para discutir os pontos de pauta apresentados por CONASS e CONASEMS, entre eles a questão das pactuações realizadas ao longo do ano passado e do início desse ano que, até o presente momento, não foram publicadas, como por exemplo a portaria que estende para 10 meses a não suspensão de recursos da Atenção Básica que, além de suspender o recurso cujo provimento é de obrigação do Ministério da Saúde, daqueles municípios que estão no Mais Médicos, e aí tem um entendimento equivocado da CONJUR do Ministério da Saúde, continuam descontando os recursos da Atenção Básica dos municípios e isso agrava com o NASF, porque se

“você perde o médico da equipe de saúde da família, você perde o recurso do NASF. Numa situação que os municípios estão colocando já acima de 25% de recursos próprios na saúde isso é injustificável, inviável e tem um equívoco, um erro gravíssimo do Ministério da Saúde em relação à CONJUR. Doutor Erno já agendou uma reunião para hoje junto com o Ciro da Conjur, mas não tem forma de aceitar algo que seja diferente do que foi pactuado aqui. A responsabilidade do provimento do profissional médico, que está no programa Mais Médicos é de responsabilidade do Ministério da Saúde, não é do prefeito, não é do gestor. Isso tá claro, isso tá na lei, não é uma portaria, não é resolução tripartite” (Minuto 18:35 a 20:31 – Mauro Junqueira Guimarães).

“Nós temos que discutir a questão dos Mais Médicos, nós temos mais de 3 mil pontos de atendimentos sem médicos, Ministério da Saúde definiu que para os níveis 2 e 3 não haverá Mais Médicos, tem que dizer claramente isso, o prefeito tem que saber que ele não vai ter mais médicos, que aquelas regiões metropolitanas não vão ter mais médicos, nós temos que publicizar isso, nós temos que trazer para pauta de discussão”.

Assim, logo no início da reunião, percebe-se que o presidente do CONASEMS busca uma resposta rápida e eficaz do Ministério da Saúde aos problemas apresentados pelos municípios. De acordo com a sua fala, o problema de alocação de médicos e dos recursos disponibilizados tem o caráter de urgência, trazendo a inquietação dos gestores municipais em relação a essa problemática.

Nesse primeiro momento de reunião, por mais que seja enfatizado a necessidade e urgência em algumas pautas, os membros se relacionam de forma muito política e abertos a discussões posteriores. Nesse período, o Ministro da Saúde era Luiz Henrique Mandetta, que iniciou as atividades em janeiro de 2019 até o dia 16 de abril de 2020, no início da pandemia no Brasil.

O primeiro problema destacado pelo CONASEMS, antes mesmo de iniciarem as discussões pactuadas para a reunião foi a dificuldade na alocação de médicos nos municípios mais distantes e vulneráveis, que estava prejudicando diretamente a assistência à saúde vale lembrar que o Programa Mais Médicos, instituído por meio da Portaria Interministerial nº1369 de 8 de julho de 2013, tinha o propósito de diminuir exatamente as diferenças entre as regiões de saúde a partir da alocação de médicos em áreas de escassez importantes para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

De acordo com Pereira et al. (2016), no primeiro ano de implementação do programa foram alocados 14.462 médicos, sendo 79% médicos cubanos e 15,9% brasileiros. De toda a abrangência da distribuição de médicos pelo Brasil, os municípios da Região Norte

e Nordeste foram os mais beneficiados pelo programa em detrimento das áreas de maior vulnerabilidade social e pobreza (NOGUEIRA et al., 2016)

Por certo, o Programa Mais Médicos fortaleceu e possibilitou a expansão da Estratégia de Saúde da Família, aumentando o acesso ao serviço e melhorando a qualidade na assistência e resultado de indicadores, como o de Mortalidade Infantil e diminuição de internações por condições sensíveis a AB, por exemplo (GONÇALVES, 2016; NOGUEIRA et al., 2016).

No entanto, ao final do ano de 2018 o programa passou por um momento de perdas, em que o governo cubano determinou que iria se retirar do acordo estabelecido com o Brasil para a alocação de médicos, devido às declarações do recém-eleito presidente do Brasil – Jair Messias Bolsonaro. O portal de notícias online BBC NEWS compartilhou que, a partir de dados do Ministério da Saúde, de 18.240 vagas do programa, 8.400 eram ocupadas por médicos cubanos, o que ocasionaria grande perda para a Atenção Básica à Saúde, considerando as dificuldades na alocação de médicos brasileiros em algumas regiões no país, mesmo com o programa.

Na mesma reunião citada acima, o Secretário Executivo Adjunto do Ministério da Saúde, Erno Harzheim, afirma que, segundo o novo Ministro da Saúde, a Atenção Primária à Saúde seria uma prioridade. Após contextualizar alguns dos problemas identificados, como a dificuldade no acesso à saúde, evidenciado a partir da baixa cobertura da atenção primária nos grandes centros urbanos, ele apresenta uma portaria referente ao horário estendido das Unidades Básicas de Saúde. Essa medida, segundo ele, teria sido decidida a partir da discussão de várias esferas, constituindo-se como um novo recurso para a Atenção Primária, em busca de favorecer a aproximação do usuário aos serviços mediante a novos horários de funcionamento.

“O que nós temos de eixos para o fortalecimento da Atenção Primária para o Brasil: propor um novo financiamento, essa proposta deve estar nas mesas do CONASS e CONASEMS no mês de maio, pra gente ter alguns meses para amadurecer a ideia, receber todas as críticas e sugestões, fazer ela ser real para o ano de 2020” (Minuto 45:22 a 45:42 – Erno Harzheim).

Ele ainda comenta sobre a importância de se aumentar a cobertura populacional dos municípios e de ampliar as equipes das unidades para melhorar o acesso. Discute sobre o

provimento de recursos para a APS, demonstrando a intenção do MS em aumentar a responsabilidade da União no co-financiamento, dando mais autonomia para os gestores municipais para a tomada de decisão, enfatizando o seu papel em cobrar os resultados.

“O Ministério da Saúde tem que enxergar o real custo da ABS e prover recursos que compreendam essa dimensão, dentro da sua responsabilidade e dar mais condições para os municípios ofertarem saúde da família com mais qualidade” (Minuto 49:21 a 49:33 – Erno Harzheim).

Ele comenta também sobre algumas experiências municipais de monitoramento e avaliação, que se aproximam sobre como o Ministério da Saúde tem a intenção de seguir nos próximos meses, além de mencionar propostas para um custeio diferenciado para atender as especificações regionais e locais. Por fim, compartilha a intenção em compartilhar a proposta de um novo financiamento para a Atenção Básica e para o Programa Mais Médicos.

“O impacto esperado é ampliar o financiamento da atenção primária, aumentar cobertura, o acesso dos cidadãos e aumentar a nossa resolutividade” (Minuto 52:42 a 52:53 – Erno Harzheim).

“Nós do CONASEMS temos um grupo de atenção básica, que há três anos discute a atenção básica e fomo propositores da mudança, na última alteração da Política de Atenção Básica no país. Nós estamos aí colocando à disposição sua, do Ministério pra que a gente possa fazer reuniões rotineiras nesse grupo de atenção básica com o Ministério da Saúde, pra gente alinhar e construir junto essas propostas” (Minuto 53:10 a 53:51 – Mauro Junqueira).

O presidente do CONASEMS ainda acrescenta considerações sobre a lei de responsabilidade fiscal, enfatizando que o provimento de recursos para custeio das UBS precisa ser revisto, dando o exemplo do custo de 30 a 40 mil reais por equipe de AB, enquanto recebem apenas 10 mil reais por equipe, sendo o valor da diferença oriundos de recursos próprios dos municípios. Nesse sentido, pede o compromisso do Ministério da Saúde para discutir estratégias que busquem auxiliar os gestores dos municípios de pequeno porte. Por fim, questiona quando será instituída a Secretaria de Atenção Básica, comentando sobre o caráter de urgência disso. Para ele, isso poderia permitir maior autonomia na resolução desses problemas.

Pelo exposto, na primeira reunião da CIT em que se abordou a Atenção Básica, em 2019, já foi possível identificar intenções específicas do Ministério da Saúde em relação à mudança no financiamento da Atenção Básica. Há relatos sobre a necessidade de um olhar

atento sobre o acesso e a cobertura populacional da Atenção Básica, considerando especificidades regionais e locais. Além disso, demonstram, em sua discussão, o consenso de ampliar a responsabilidade da União no provimento de recursos aos municípios.

Nas discussões da reunião, há constantemente falas em que o Ministério da Saúde está sempre aberto para sugestões. Também é explicitado no discurso dos representantes do Ministério da Saúde a importância da Atenção Básica e as intenções de que seja prioridade neste novo governo.

Após a apresentação na CIT, a portaria nº 930, de 15 de maio de 2019, instituiu o Programa Saúde na Hora, que dispõe sobre horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. O programa teve como principal objetivo ampliar a cobertura da ESF e reduzir o volume de atendimentos de usuários de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares.

A portaria estabeleceu três possibilidades de carga horária estendida para as Unidades de Saúde da Família e descreveu o quantitativo de equipe necessário para a compreensão desse novo formato, apresentadas no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Funcionamento de Unidades de Saúde da Família e Quantitativo de Equipes de Saúde da Família a partir do Programa Saúde na Hora, 2019.

<b>CARGA HORÁRIA</b>	<b>POSSIBILIDADE</b>	<b>EQUIPES</b>
USF com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais.	Sendo 12 (doze) horas diárias ininterruptas, em dias úteis, de segunda-feira a sexta-feira; Ou 11 (onze) horas diárias ininterruptas, em dias úteis, de segunda a sexta-feira, e 5 (cinco) horas diárias aos sábados ou domingos.	3 (três) equipes de Saúde da Família nas USF com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) Horas semanais

USF, com equipe de Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais.	Sendo 12 (doze) horas diárias ininterruptas, em dias úteis, de segunda-feira a sexta-feira; Ou 11 (onze) horas diárias ininterruptas, em dias úteis, de segunda a sexta-feira, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos.	3 (três) equipes de Saúde da Família e 2 (duas) equipes de Saúde Bucal nas USF, com equipe de Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais
USF, com equipe de Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais.	Sendo 15 (quinze) horas diárias ininterruptas, em dias úteis, de segunda-feira a sexta-feira; Ou 14 (quatorze) horas diárias ininterruptas, em dias úteis, de segunda a sexta-feira, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos.	6 (seis) equipes de Saúde da Família e 3 (três) equipes de Saúde Bucal nas USF, com equipe de Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais.

Fonte: Brasil, 2019d.

Almeida e Pereira (2020) compartilham resultados do seu estudo em que evidenciam satisfação dos usuários em relação ao horário estendido das unidades básicas de saúde, principalmente com ampliação do acesso ao público masculino e trabalhadores com redução de filas em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares, por conta da ampliação do acesso ao atendimento de demanda espontânea. No entanto, segundo outros estudiosos da Atenção Básica, o Programa Saúde na Hora, evidencia um caráter de assistência voltado ao cuidado individual e a demanda espontânea, considerando a extensão e flexibilização da carga horária semanal. Apesar da importância em compreender o atendimento às condições agudas, principalmente em comunidades mais distantes, consideram que essa iniciativa pode contribuir para uma visão de pronto atendimento, descaracterizando os princípios da atenção básica (ANDERSON, 2019; GIOVANELLA; MENDES; ALMEIDA, 2020).

Na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada dia 30 de maio de 2019, o presidente do CONASEMS, Mauro Junqueira Guimarães comenta sobre a importância do Programa Mais Médicos, demonstrando mais esperança a partir da instituição de uma nova equipe no Ministério da Saúde. Para ele:

“Apenas para registrar mais uma vez a nossa posição em relação ao Programa Mais Médicos, rezando agora para que a partir de segunda-feira, com a nova estrutura do Ministério da Saúde, da Atenção Básica, em funcionamento, já a partir de segunda-feira. Que efetivamente a gente possa dar um passo gigantesco na questão do provimento. Nós temos aí algumas falas de pactuação de exclusão dos perfis 2 e 3 que não ocorreu. A exclusão dos perfis 1, 2 e 3 é do Mandetta, que não tem o nosso acordo, pelos municípios de capitais e regiões metropolitanas tem também os seus bolsões de pobreza, as suas áreas de vulnerabilidade social. E mesmo sendo municípios com o IDH maior, mais alto, eles não conseguem com concurso público, contratar e fixar médicos nessas localidades. Então a gente já teve essa conversa por diversas vezes com o Ministro Mandetta, com Erno, a gente espera muito ansioso a apresentação de um novo projeto de provimento que o Erno tem discutido com a gente, que o Ministro tem discutido com a gente, para que a gente possa voltar a ter médicos nessas áreas metropolitanas e capitais com vulnerabilidade social. A gente sabe que isso vai acontecer, mas tem que ser rápido” (Minuto 28:25 a 30:23). – Mauro Guimarães).

Novamente o presidente do CONASEMS, Mauro Junqueira, menciona a necessidade de uma maior resolutividade nas pactuações, com maior rapidez, principalmente em relação ao provimento dos médicos aos municípios. Comenta sobre a esperança de que com a criação da Secretaria específica da Atenção Básica, que essas questões sejam discutidas e publicadas de uma forma mais eficaz. Aqui se refere à mudança no organograma do Ministério da Saúde. Em maio de 2019, a partir de uma nova estruturação institucional, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) foi desmembrada e dividida em três: a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (BRASIL, 2019c). A iniciativa de uma secretaria própria permite considerar que realmente haveria uma maior ênfase na Atenção Básica, por parte do Governo Federal.

Em relação à pauta da Certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica<sup>9</sup>, Otávio D’Avila, Diretor do Departamento de Saúde da Família, inicia a discussão apresentando alguns resultados referentes à avaliação do PMAQ. Após a apresentação, em um momento aberto para discussão, Mauro Junqueira, retoma a sua fala e reforça a importância do PMAQ e seu apoio à estruturação física das Unidades Básicas de Saúde. No entanto, refere a importância de uma atenção à saúde preocupada com os

---

<sup>9</sup> Iniciativa instituída em 2011 com o propósito de qualificar a rede de atenção básica, a partir de investimentos financeiros federais por meio da garantia do acesso e da qualidade do cuidado ofertado (VIEIRA- MEYER, 2020).

indicadores. Em suas falas, outros representantes do CONASEMS mencionam o termo “Atenção Básica” e não “Atenção Primária”, como falado pelos representantes do Ministério da Saúde.

Andreia Passamani, representante também do CONASEMS, discute sobre alguns pontos negativos sobre o modelo avaliativo do PMAQ<sup>3</sup>, principalmente em relação ao acesso a dados mais detalhados dos resultados dos municípios. Avalia que há muita inconsistência nos dados do processo avaliativo. É dito que essas dificuldades foram relatadas pelos próprios gestores municipais.

“Queria só registrar a importância do PMAQ para as Unidades Básicas de Saúde, o programa de importância fundamental, nós estamos a alguns anos melhorando estrutura física, identificação, dos processos, das equipes, ou seja, é um processo de importância fundamental, que trouxe uma melhoria significativa do comprometimento das equipes de atenção básica. Está na hora de um novo processo, acho que a fase de investir em equipamento, melhorias, física etc., já passou. Acho que tá na hora da gente trabalhar com indicadores e aí exemplo, trabalhar, por exemplo, com o indicador da vacina. A equipe que te deu uma excelente cobertura teria uma pontuação muito boa e aí a gente trabalharia nesse sentido” (Minuto 1:46:22 a 1:47:12 – Mauro Guimarães).

“É um instrumento que a gente vem discutindo há algum tempo com um grupo de técnicos tripartite, onde o CONASS tem um assento, CONASEMS e a Carol até faz parte desse grupo conosco. E desde o início a gente tem várias críticas a esse modelo avaliativo. Hoje o que grita a nós, CONASEMS, é a necessidade da publicação dos dados detalhados desses municípios que passaram pra essa segunda etapa”. (Minuto 1:47:47 a 1:48:25 – Andreia Passamani).

“E uma necessidade urgente que a gente tem é discutir esse método avaliativo o grande questionamento que a gente traz enquanto município é que esse método prioriza, traz recurso dentro da atenção básica para aqueles municípios que já tem condições e uma organização de atenção básica mais qualificada. E o município que ele tá lá precisando de apoio para desenvolver atenção básica, ele recebe uma pontuação muito ruim (1:49:38 – 1:49:49 – Andreia Passamani).

Ainda em sua perspectiva, é necessária uma discussão sobre o método avaliativo para a finalidade de prover recursos aos municípios. Para ela, o método atual prioriza os municípios que já tem condições de estabelecer as UBS dentro da estrutura e do processo de trabalho adequado. Os municípios de maior vulnerabilidade, por exemplo, que mais precisaria de incentivo para o fortalecimento da atenção básica, já iniciam o processo do PMAQ com uma avaliação ruim. Nesse sentido, comenta a importância de discutir estratégias de apoio para que eles tenham condições iniciais para começarem a ser avaliados.



Os representantes do Ministério da Saúde, Otávio D’ávila e Erno Harzheim, concordam com a questão mencionada. Para eles, o PMAQ foi um instrumento importante para a indução de um processo avaliativo, mas há limitações em relação ao acompanhamento de indicadores. Eles dizem que as avaliações de indicadores de desempenho da Atenção Primária podem evidenciar mais a qualidade dos serviços ofertados, do que a avaliação da estrutura das unidades. Comentam sobre a intenção da Secretaria de Atenção Primária à Saúde de propor mecanismos para simplificar o processo de monitoramento e avaliação desses resultados. Sobre isso, Otavio D’ávila, argumenta:

“A secretaria executiva tem colocado para nós a necessidade de monitoramento de indicadores, que vai de encontro que o secretário estava colocando para nós, a gente tem discutido em algumas reuniões com outros órgãos do Ministério da Saúde a necessidade de ter indicadores de Atenção Primária que a gente possa atrelar a alguma avaliação mais próxima, uma avaliação de desempenho e que não sejam ciclos tão longos a nossa equipe técnica está estudando uma proposta em um estágio bem avançado, para que a gente possa fazer alterações desse modelo de avaliação que a gente tem hoje (1:53:52 – 1:54:30 – Otavio D’ávila).

Em síntese, apesar de não existir ainda uma discussão específica sobre o financiamento da Atenção Básica, em maio de 2019, já é sinalizado na CIT a intenção de alterar alguns aspectos de monitoramento e avaliação. Isso ficar óbvio quando tratam da necessidade de ajustes na metodologia de avaliação, particularmente em relação à avaliação instituída pelo PMAQ, principalmente em relação aos municípios de menor porte, mais vulneráveis. Há também indícios da intenção de instituir um processo avaliativo a partir de indicadores de desempenho. À medida que foram apresentando as intenções em focalizar as mudanças no acesso e na cobertura universal e foram discutindo pontos negativos das avaliações do PMAQ como estratégia para incentivo financeiro, aponta-se para uma mudança no financiamento em que buscasse melhorias nesse aspecto.

Erno Harzheim e outros autores compartilham suas visões a respeito das limitações do PMAQ em artigo publicado em 2020. Nesse trabalho explicita-se algumas dificuldades do método de avaliação, dando destaque ao método de coleta de dados ocorridas de forma presencial. Para ele, haveria pouca transparência com a periodicidade de 2 a 3 anos e sem cronograma divulgado previamente. Também destacam que os instrumentos utilizados eram extensos e sem validação científica (HARZHEIM et al., 2020).

Importante lembrar que o PMAQ tinha como principal objetivo ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica com garantia de um padrão de qualidade nas instâncias locais, regionais e nacionais de maneira a permitir maior efetividade das ações e uma maior transparência. Era composto por quatro fases: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação externa; e (4) Recontratualização (BRASIL, 2011; CARVALHO; ANDRADE, 2021). Em relação ao processo avaliativo do programa, a terceira fase incluía um conjunto de ações direcionadas para a certificação de condições de acesso e de qualidade das equipes de Atenção Básica. Para a operacionalização dessa avaliação em todos os municípios, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde desenvolveu parceria com mais de 40 Instituições de Ensino Superior (FAUSTO et al., 2014).

A avaliação externa compreendia um instrumento que buscava avaliar algumas características principais da Atenção Básica, como sua importância como primeiro contato, longitudinalidade, abrangência, integralidade e coordenação e era composto por uma etapa de

- i) *Observação da Unidade de Saúde*: que buscava informações acerca da identificação da modalidade e profissionais da AB; acessibilidade da unidade de saúde; horário de funcionamento; características estruturais e ambientais; infraestrutura; reforma, ampliação e reparos; equipamentos e materiais; insumos; medicamentos componentes da Farmácia Básica; imunobiológicos; equipamentos de tecnologia da informação e veículo na unidade de saúde.
- ii) *Entrevista com profissional da equipe de Atenção Básica*: que investigava informações a respeito da formação e qualificação dos profissionais da equipe; a respeito do planejamento e ações da gestão para a organização do processo de trabalho; sobre o apoio institucional da gestão municipal; sobre o apoio matricial; acolhimento à demanda espontânea e organização da agenda, por exemplo. E por último, iii) *Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário do serviço*: buscando confrontar as informações captadas à satisfação dos usuários, com questionamentos a respeito do acesso aos serviços de saúde; aspectos da assistência a saúde da mulher, da criança, planejamento familiar e mecanismos de participação dos usuários (BRASIL, 2012).

Em estudo sobre avaliação do PMAQ-Atenção Básica sob a ótica de gestores, Flores et al. (2018) evidenciou que gestores municipais reconheceram o programa como uma importante ferramenta de avaliação dos serviços, que modificou de forma efetiva a assistência à saúde e, ainda, consideraram o incentivo financeiros como boa estratégia para a motivação

dos profissionais, de forma a favorecer a qualidade das ações.

Além do processo de avaliação da qualidade da assistência, o movimento de incentivo às mudanças na estrutura física das unidades de saúde realizado pelo PMAQ também foi destacado como causador de impacto no bem-estar físico dos usuários, na resolutividade das ações e na contribuição para melhorias na acessibilidade dos usuários dos serviços (LOPES; SCHERER; COSTA; FLORES et al., 2018).

Autores afirmam que, de forma geral, é possível identificar uma evolução da coordenação do cuidado em saúde ao longo dos anos, fruto de esforços realizados para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica, como o PMAQ, mas também pelo Programa Mais Médicos, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, construção das Redes de Atenção à Saúde (JALES; JALES; GOMES, 2017; FIGUEIREDO et al., 2022).

Na Quinta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em junho de 2019, ocorreu apresentação sobre a minuta de portaria que institui o fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, com Caroline Martins, diretora de programas da SAPS, do Ministério da Saúde. Ocorreu, também, uma atualização sobre o panorama do Programa Saúde na Hora.

“Essa portaria é uma iniciativa do Ministério da Saúde em que o ministro Mandetta e o Gabardo tão forçando, recomendando e orientando que todas as secretarias desburocratizem os seus fluxos e façam com que a nossa relação de Estados e Municípios seja muito mais rápida, veloz e não fique presa nos entraves burocráticos rotineiros” (Minuto 15:32 a 15:59 – Erno Harzheim).

Erno Harzheim, apresentado como Secretário da Atenção Primária à Saúde, comenta sobre as estratégias do Ministério da Saúde que estão sendo discutidas ao longo dos meses, que fazem parte de um conjunto de situações interligadas que buscam a melhoria no acesso, qualidade da Atenção Primária à Saúde.

“A gente está fazendo várias estratégias que podem parecer isoladas, mas fazem parte de um fio condutor que até o final do ano que até o final do ano vai dar outra cara para a Atenção Primária Brasileira, tanto colocando mais inovações e mais aporte financeiro, como também fazendo que isso seja mais rápido e fácil, para que a população seja beneficiada o mais rápido possível” (16:17 a 16:62 – Erno Harzheim).

O presidente do CONASS, Alberto Beltrame, em suas intervenções, deixa claro o apoio às iniciativas apresentadas pelo Ministério da Saúde em relação à Atenção Básica. É importante esclarecer que muitas manifestações nessa reunião deixam claro que existem outros ambientes para discussões prévias de assuntos que serão apresentados na CIT.

“A gente discutiu isso tanto no CONASS como no CONASEMS, como nas reuniões que a gente faz toda terça-feira, pré-CIT. É uma evolução, eu acho do nosso relacionamento, toda terça-feira, às 16h30min reúne com CONASS, CONASEMS, secretário executivo, secretários que tem pautas correspondentes para a gente dar celeridade e desburocratizar nosso fluxo de discussão” (Minuto 18:57-19:22 – Erno Harzeim).

Essa reunião em questão foi a última reunião do Mauro Guimarães como presidente do CONASEMS, sendo substituído por Willames Freire. Em todas as discussões apresentadas na CIT, Mauro explicita intenções em trazer resolutividade aos problemas trazidos pelos gestores municipais, principalmente em relação ao provimento de recursos, com efetividade e rapidez. Destaca, ainda, a dificuldade em relação a demora da Consultoria Jurídica – CONJUR em processar os atos normativos pactuados nas reuniões.

Ainda em junho, Otávio D’avila, Diretor do Departamento de Saúde da Família, do Ministério da Saúde, a apresentou uma atualização do panorama do Programa Saúde na Hora, instituído com o propósito de ampliar o acesso às Unidades Básicas de Saúde a partir da extensão do horário de funcionamento, com 60 a 75 horas por semana, por exemplo (SETA; OCKE-REIS; RAMOS, 2021). Após 45 dias da publicação da nova portaria, o diretor do DASF demonstra a adesão de alguns municípios com o objetivo de ampliar a cobertura da ESF.

Os dados apresentados mostram que, após um mês em que o programa foi instituído, 80 municípios tinham solicitado adesão, formalizando 388 Unidades de Saúde da Família. 19 municípios estavam com solicitação de intenção de adesão, formalizando 100 USF, totalizando a intenção de 1338 Estratégias de Saúde da Família implementadas e 4.616.100 pessoas cobertas.

Como parte das ações da Secretaria de Atenção Primária à Saúde no ano de 2019 também foi instituída a Portaria nº 1710 do dia 8 de julho, referente à instituição do fluxo de

credenciamento desburocratizado para serviços de equipes de saúde. Isso foi justificado pela necessidade de aumentar a cobertura da Estratégia Saúde da Família por meio da facilitação para credenciamento de novas unidades.

Na reunião da CIT, realizada no dia 29 de agosto de 2019, há a apresentação da primeira pauta relacionada à Minuta que institui o Comitê Gestor da Estratégia de Saúde Digital. O presidente do CONASS, Alberto Beltrame comentou reunião anterior, onde se discutiu os detalhes para a pactuação do Programa Médicos Pelo Brasil. Ne Além de elogiar a “coragem do governo” em trazer uma nova proposta que substitui o Programa Mais Médico, ele ressalta o apoio do CONASS nessa estratégia:

“Querida dizer Ministro, que nós estivemos na terça-feira uma audiência pública no Senado Federal, juntamente com o Erno e o Presidente do CONASEMS na defesa do “Médicos pelo Brasil”, na defesa da aprovação da Medida Provisória. Foi um debate rico e eu saí de lá muito otimista com a aprovação da Medida Provisória com algumas emendas possivelmente. É natural que isso aconteça, com algumas sugestões nossas, inclusive, de vários senadores que estiveram presentes, deputados [...]” (Minuto 1:04:50 - 1:05:25 – Alberto Beltrame)

“Desde que eu conheço o SUS, desde o início, eu acredito que é uma das iniciativas mais corajosas, mais inovadoras para tentar resolver um problema histórico do país que é a alocação de médicos em locais remotos, de difícil acesso. Eu acho que o governo está de parabéns, a sua gestão está de parabéns. Erno e Ministro receba os cumprimentos do CONASS e a certeza de que estaremos ombro a ombro auxiliando a implementar essa política que eu acho que será muito, extremamente, importante para o avanço da Atenção Primária e de consolidação da Atenção Primária como fio condutor de toda atenção à saúde no Sistema único de Saúde” (Minuto 1:05:42-1:06:38 – Alberto Beltrame).

Após o comentário de Alberto Beltrame, Erno Harzheim compartilha que essa proposta do programa foi uma iniciativa do próprio Ministério da Saúde e não somente da SAPS. Além disso, comenta que a construção foi fruto de discussão de muitas esferas e que o próximo passo é discutir e definir uma mudança para o financiamento da APS.

“Querida repassar os agradecimentos pelo Médicos pelo Brasil a toda a secretaria, na verdade a toda equipe do Ministério, a gente montou esse projeto a muitas e muitas mãos, todas as secretarias participaram, a participação do próprio Ministro do Gabinete, muito intenso nessa participação, ele não é um projeto da SAPS, ele é um projeto do Ministério da Saúde. A gente tá trazendo aqui uma pactuação discutida nas últimas semanas com o CONASS e CONASEMS, da criação de um novo modelo de Atenção Primária para o Brasil”. (Minuto 1:16:43 1:17:18– Erno).

Adentrando na discussão realmente apresentada na pauta da reunião, o Secretário da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Erno Harzheim, apresentou uma nova proposta para a Atenção Básica em relação a uma nova composição de equipe, com composição de carga horária de 20 e 30 horas semanais. Apresentou dados de população ainda não cadastrada na AP, com a estimativa de 60 milhões de pessoas que ainda não foram cadastradas. Ele comenta sobre as decisões do Ministério da Saúde ocorridas até aquele momento: Instituição da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Programa Saúde na Hora, do Programa Médicos pelo Brasil, agora nova composição de Equipe da Atenção Primária até chegar na discussão de um novo financiamento para a ABS.

Após a explanação da proposta, contextualizando com as outras iniciativas publicitadas até o momento pelo MS, o Ministro Mandetta, que estava presente na reunião de agosto, enfatiza a conexão de todas as propostas para a mesma finalidade de trazer melhorias para a Atenção Primária:

“Isso faz parte de uma sequência, cria-se a Secretaria de Atenção Primária, na sequência vem o Saúde na Hora, para poder dar espaço, principalmente na baixa cobertura das cidades médias e grandes, agora vem o Médicos pelo Brasil para poder cumprir as lacunas dos municípios pequenos, todas elas jogando melhores possibilidades administrativas para o gestor municipal, aumentando o repasse para que essas equipes possam, não só existir, mas fazer. Então nesta daqui a gente já coloca dessa maneira, na sequência vem o que está sendo discutido no novo financiamento da Atenção Primária com todos os afazeres e indicadores de resultado” (Minuto 1:25:33 a 1:26:22 – Ministro Mandetta).

As discussões após a apresentação demonstraram ser bem receptivas às mudanças. De modo geral CONASS e CONASEMS assumiram uma posição favorável às propostas do Ministério da Saúde. Contudo algumas ponderações foram mencionadas.

O Ministro da Saúde, ainda, comentou sobre a finitude do orçamento público atual, reforçou que pela situação do orçamento ser finito, o programa Médicos pelo Brasil deve considerar o princípio da equidade e alcançar os municípios menores de maior vulnerabilidade, conforme apontam os indicadores. De forma que o incentivo financeiro para cobertura médica alcance os locais que mais precisam.

Por certo, os representantes do Ministério da Saúde sinalizam mudanças com o argumento de que isso aumentaria os recursos disponibilizados para os municípios, diante do incentivo aos programas. No entanto, nesse momento, o ministro Mandetta reforça que a o

orçamento público é limitado para compreender de forma eficaz todas as preocupações.

O presidente do CONASS, Alberto Beltrame, demonstra com clareza sua concordância em relação à nova proposta do financiamento da Atenção Básica e cita que tem dados surpreendentes que corroboram com o sucesso do modelo. Considera que, apesar dos avanços da atenção básica até o momento, preocupa-se com a dificuldade em medir o seu impacto real, exemplificando a situação de que tem muitos beneficiários do Bolsa Família, que não estão cadastrados na Atenção Primária à saúde. Parabenizou o Ministério da Saúde pela proposta de associar a economia dos recursos, exprimindo o bom desempenho:

“Não só pela capitação de pacientes, não adianta eu ir cadastrando todo mundo e ter uma atenção de péssima qualidade. Eu acho criativo o misto de atenção que foi adotado e que poderá ter um efeito muito positivo na atenção primária no Brasil”.

No momento dos informes da reunião, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde se torna um tema. Considerado a importância da gestão clínica das equipes da APS, Erno Harzheim menciona que a proposta de Carteira de Serviços tinha sido colocada em consulta pública. Ele argumenta que esse instrumento já existia em vários municípios brasileiros, sendo relevante para orientar os profissionais, principalmente os cidadãos, com o que devem encontrar nas unidades de saúde. Acrescenta que a gestão do Mandetta está valorizando o que os municípios já faziam e Brasília - termo utilizado para se referir ao Governo Federal - não dava visibilidade. Reforça que não se constitui como um instrumento de cobrança e sim de transparência de informações.

Em agosto de 2019, por meio da Medida Provisória nº 890 foi instituído o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária, depois consolidado na Lei nº 13958 de 18 de dezembro de 2019. Segundo a lei, o programa tem como finalidade incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, além de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina da família e comunidade (BRASIL, 2019).

Como outra providência tomada pela instituição dessa lei, autoriza o Poder Executivo Federal a instituir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), como serviço autônomo, com formato de pessoa jurídica, sem fins lucrativos para executar políticas de desenvolvimento da APS. Nesse sentido o Programa Médicos pelo Brasil seria executado pela Adaps em supervisão do Ministério da Saúde. O órgão de deliberação da

Adaps é composto por: seis representantes do Ministério da Saúde, um representante do CONASS, um representante do CONASEMS; um representante da Associação Médica Brasileira; um representante do Conselho Federal de Medicina; um representante da Federação Nacional dos Médicos e um representante do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2019a).

Dentre as receitas previstas para a Adaps estão os recursos transferidos da União, de serviços prestados a pessoas jurídicas públicas ou privadas, recursos a partir de contratos e convênios com entidades nacionais e internacionais (públicas ou privadas), entre outras (NETO; BARRETO, 2019).

Nesse sentido, de acordo com autores, a criação da Adaps possibilitaria a transferência da responsabilidade de uma parte da gestão do Ministério da Saúde para uma agência com características de atuação junto ao setor privado, inclusive dando acesso a fontes públicas de financiamento do Sistema Único de Saúde. Assim, o desenvolvimento da Adaps poderia ser considerado uma porta de entrada para o setor privado interferir no SUS (MOROSINI et al., 2020).

Outra questão mencionada da reunião de agosto foi a Consulta Pública, para a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. Apesar dos benefícios da instituição dessa carteira que foram apresentados, autores como Melo et al. (2019) destacam o risco de uma mercantilização dos serviços da Atenção Básica, a partir de um processo de precificação facilitado na apresentação de um pacote de procedimentos.

Na Oitava Reunião da CIT, do dia 26 de setembro de 2019, como último informe apresentado, a portaria que institui as equipes de Atenção Primária à Saúde (e APS) – SAPS/MS, que já havia sido discutida, Caroline José, representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, reforça a decisão de equipes com carga horária diferenciada, de 20/30 horas, que ficam responsáveis por organizar o processo de trabalho, de modo que atendam aos quatro atributos essenciais da AP. Ela comenta que essa iniciativa surgiu a partir das discussões do novo financiamento da Atenção Primária, quando foram discutir sobre o novo componente de capitação e os desafios da expansão da cobertura, decidindo revogar a modalidade de equipe de PNAB de 2017. Previsão do mês de outubro já seria iniciar os credenciamentos das equipes.

Nessa reunião não houve uma discussão muito extensa em relação a Atenção Básica, foi comentada apenas nos “Informes”, ao final da reunião, mencionando a finalização



da discussão que havia sido realizada na CIT do mês anterior.

Em 29 de setembro de 2019, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) lançou uma Nota sobre as propostas de mudança na Política Nacional de Atenção Básica em Saúde. A Nota afirmou que o conjunto de propostas lançadas até o momento, junto a proposta de mudança no financiamento da AB podem afetar “profundamente” o modelo no Brasil. Foi alertado ainda a necessidade de ampliação dos debates com a participação de diversos atores, dentre eles o Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS, com eixos prioritários como: o fortalecimento do caráter público da gestão, compreendendo os princípios e diretrizes do SUS; a organização das Redes de Atenção e a garantia do Ministério da Saúde em promover o financiamento adequado do SUS e da AB, com a revogação da EC95/2016.

Apesar disso, a Portaria do Previner Brasil, referente a mudança no financiamento da Atenção Básica foi publicada no mês de novembro de 2019. Dois dias depois, o site da ABRASCO publicou uma notícia em seu site “*Mudanças na Atenção Básica repercutem na imprensa*”, com informações retiradas do O Estado de São Paulo e do Conselho Nacional de Saúde. Afirma-se que desde julho, quando intenção em desenvolver uma proposta para o financiamento da Atenção Básica, a ABRASCO e as entidades do movimento sanitário buscaram realizar discussões a respeito, como em alguns Congressos, mesas temáticas, entre outras. A Abrasco expõe que houve pouco debate em âmbito social para a elaboração dessa medida. Reiteram que o Conselho Nacional de Saúde desaprovou a publicação da portaria e salientaram que a forma como a mudança foi pactuada invalidando o papel do conselho deve ser enfrentada (ABRASCO, 2019).

Na Décima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 28 de novembro de 2019, a discussão concentra-se em um único quesito específico da mudança no financiamento da Atenção Básica: estratégias de provimento de recursos. Debate-se sobre minuta de portaria dispõe sobre os indicadores do Pagamento por Desempenho do Programa Previner Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SAPS/MS, A representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde apresenta o conjunto de indicadores finitos, avaliando a proporção de solicitação e de realização de exames para avaliar o desempenho das equipes, para serem analisados no início de 2020.

Considerou-se que os Estados e União precisam ofertar as condições para que

esses exames sejam realizados, pois isso não deveria ser apenas responsabilidade dos municípios. Mauro Junqueira, representando CONASEMS, comenta que discutiu com secretários de saúde de municípios acerca da responsabilização das equipes. Para ele, há concordância em relação ao estabelecimento de indicadores fortes que impactem na realidade do país. Considerou ainda que a distribuição das vacinas e capacitação sobre os testes seria responsabilidade dos Estados. Ou seja, apontou que, caso essa distribuição não ocorresse, os municípios seriam penalizados. Finaliza compartilhando a ideia de que essa pactuação vai tirar os Estados, municípios e Ministério da “zona de conforto”, para melhorar os sistemas de informação, para dar qualidade na informação.

Erno Harzheim corrobora a fala do CONASEMS completando que esse foi o principal objetivo da mudança na atenção básica, “*tirar os times da zona de conforto*”. Concorde que o município não deve ser penalizado caso falte insumos, garantindo o pagamento se houver uma identificação clara e mensurável da justificativa.

Discute ainda que os indicadores devem ser rigorosos, compreendendo a melhor meta proposta para a população, de acordo com os resultados. Se estiverem distantes de alcançá-los, seria possível diminuir a meta, sem modificar o indicador. Ele verbaliza que a ideia seria a pactuação de indicadores a cada ano.

Importante esclarecer que, segundo Harzheim et al. (2020), a estruturação do Programa Previde Brasil foi desenvolvida por técnicos da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, mas também com apoio de profissionais do Banco Central, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Sul e com a Universidade de Havard. Foram analisadas de forma criteriosa outras situações de transferências de recurso para a saúde e, após, decidirem sobre o modelo misto mais adequado no momento, iniciaram simulações para garantir “o maior ganho financeiro possível”.

Conforme já anunciado anteriormente, o repasse financeiro federal aos municípios seria de acordo com os seguintes critérios: capitação ponderada, transferência a partir de cadastro dos usuários, a partir de um cálculo que envolve tipologia do município, critérios de vulnerabilidade, grupos etários); pagamento por desempenho, a partir da avaliação de indicadores de saúde, parâmetros e metas e pagamento por incentivo a ações estratégicas, em relação a adesão a programas e ações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019d).

Em relação ao pagamento por desempenho, ênfase da reunião de novembro de

2019, o valor a ser transferido aos municípios levam em consideração o alcance de indicadores específicos que foram estabelecidos. Para o ano de 2020 foram elencados sete indicadores destacados no quadro a seguir.

Quadro 4 – Indicadores de Desempenho, Programa Previne Brasil, 2019.

Indicador I	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1 <sup>a</sup> até a 20 <sup>a</sup> semana de gestação;
Indicador II	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
Indicador III	Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico
Indicador IV	Cobertura de exame citopatológico
Indicador V	Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente
Indicador VI	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
Indicador VII	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

Fonte: Brasil, 2019d.

Para o alcance desses indicadores, por certo, faz-se necessário reorganizar o processo de trabalho das equipes para o estabelecimento de registro de dados confiáveis e precisos para a avaliação, além de ser importante a informatização das Unidades Básicas de Saúde, para facilitar o envio periódico das produções para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e diminuir os erros (LOPES et al, 2022).

Quando questionado novamente sobre a portaria do Programa Médicos pelo Brasil, ele comenta que ainda tem três portarias para entrar, já pactuadas, que só faltam ser revisadas. Citou a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps, que será responsável pela execução do Programa Médicos pelo Brasil, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde. E comenta sobre as próximas etapas de implementação das pactuações como novos desafios que vão ser discutidos.

Em outro momento, Mauro Junqueira apresenta o Painel de Apoio a Gestão, presente no site do CONASEMS, com o foco da demonstração nos dados sobre o financiamento da Atenção Primária. Esse painel contém dados públicos reunidos em um único

local para que o gestor possa analisar sua realidade local. Ele contém uma simulação dos dados da proposta do novo financiamento, mostrando o cenário e o impacto total, dando condições para os gestores avaliarem a real situação de seus municípios. E a cada quadrimestre o Ministério da Saúde vai atualizar esses dados.

O ex-presidente do CONASEMS sempre faz considerações trazendo particularidades de alguns municípios mais vulneráveis. Mostrou, em várias reuniões, a preocupação de que também seja justo para os municípios de menor porte. Na pequena discussão nesta reunião, a preocupação envolve o texto da descrição dos indicadores avaliados vai compreender uma melhor análise do desempenho das equipes e como será flexibilizado ou avaliado a diferenciação dos municípios que, por algum motivo, não venham a receber recurso, de forma que não sejam prejudicados.

Ainda sobre o painel<sup>10</sup>,

“É um site para tire minhas dúvidas e apague as fakes news, as pessoas fazendo simulações com dados que não estão corretos, inclusive dizendo que Estados inteiros vão perder centenas e milhões de reais, é só colocar a cidade e questão e ver o dado real e concreto. Dentro do município do Rio de Janeiro, por exemplo, que vai ter um potencial de acréscimo de 97 milhões de reais, mas por uma questão de posicionamento político de algumas instituições acadêmicas, o município vai perder recurso. Claro que todo mundo vai ter que trabalhar para manter o recurso e para trabalhar mais, é justamente essa a natureza da mudança do financiamento, quem trabalha mais, ganha mais e quem trabalha muito pouco, ou muito pouco e mal tem ao longo do tempo uma certa diminuição de recursos” (Erno Harzheim).

O Secretário de Atenção Primária a Saúde, em sua fala, comenta sobre as críticas das instituições acadêmicas sobre o novo modelo de financiamento, mencionando até o termo “*fake news*”. Ele argumenta que não haverá perda de recurso para a Atenção Básica, mas ressalta que o trabalho das equipes de cada município definirá os resultados. Importante anotar que há estudos que estimaram perda de R\$400 milhões de recursos para os municípios do Rio de Janeiro, por exemplo, e R\$700 milhões para São Paulo. Mesmo com o cenário de capitação ponderada em que 100% da população estaria cadastrada, ainda assim haveria perda financeira de 3% e 25% para Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente, em comparação aos valores recebidos no ano de 2018 (MOROSINI; FONSECA; BATISTA, 2020).

---

<sup>10</sup> Esse painel, nesse momento, encontra-se fora do ar.

No momento da Décima Reunião da CIT, a portaria do Novo Financiamento da Atenção Básica já havia sido instituída e em 21 de novembro de 2019 a ABRASCO lançou uma outra Nota “Em defesa da atenção primária e do direito universal à saúde: pela revogação da Portaria nº2979 de 2019 do Ministério da Saúde”. Já iniciam o texto destacando que o Movimento da Reforma Sanitária compartilhou a sua indignação ao modelo de financiamento ter sido pactuado sem a interlocução do Conselho Nacional de Saúde e da comunidade científica.

Além de outras justificativas, reiteram que o projeto não foi elaborado de forma transparente e que foge dos princípios do SUS, ainda não resolve o problema das desigualdades regionais e vulnerabilidades e ainda reiteram que a proposta está alinhada com a Política de Austeridade Fiscal a partir da EC 95/2016. Nesse sentido, consideram a necessidade de anular a Portaria do Previde Brasil e de discutir junto aos movimentos sociais, Conselho Nacional de Saúde, usuários, trabalhadores e comunidade científica.

Mendes (2021) afirma que, apesar de já existir um subfinanciamento crônico na história do Sistema Único de Saúde, a partir da Emenda Constitucional 95 passou para o processo de desfinanciamento, somado a um modelo de financiamento “neofocalizado e neoseletivo” significa restringir mais ainda os recursos e aumentar as iniquidades.

Atores ainda afirmam que a ideia de uma capitação ponderada e avaliação de indicadores pontuais, voltados para a assistência ao indivíduo, limita a abrangência da AB, distancia-se do caráter universal do SUS e desconsidera o processo social, vulnerabilidades de território e ações para a população (MOROSINI et al., 2020; MENDE, 2021).

Finalizando o ano de 2019, com a Décima Primeira Reunião Ordinária da CIT, realizada dia 12 de dezembro, em relação a pauta referente a Ficha de Qualificação dos indicadores referentes ao Programa Previde Brasil. Otavio D’Ávila, representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, apresentou resultados, do que havia sido discutindo em grupos de trabalho de APS sobre os 7 indicadores, que vai ser resumido em Nota Técnica.

Comentou, também, sobre a publicação da Portaria 3263, instituída no dia em questão, que dispõe sobre incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento das pessoas ao SUS. Proposta que busca apoiar os custos que os municípios têm para vinculação, disponibilizando mais de 400 milhões de reais, visando oportunizar a realização desses cadastros para a ampliação do acesso.

Wilames Freire Bezerra, novo presidente do CONASEMS, comenta sobre essa portaria que surgiu com base em diversas discussões do CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. Parabenizou a SAPS pelo cumprimento de todos os acordos de fizeram durante esse período e relata: “*nos dar a certeza de que estamos no caminho certo*”.

Como última reunião ordinária da CIT do ano de 2019, em dezembro, as esferas aparentam estar contentes com as discussões e pactuações ao longo dos anos, como a fala do presidente do CONASEMS, pensam estar no caminho correto.

A figura a seguir demonstra as medidas implementadas no ano de 2019 que envolveram o processo de mudança no financiamento da Atenção Básica.

Figura 2 – Linha do tempo indicando as mudanças na Atenção Básica no ano de 2019.



Fonte: elaboração própria.

O rearranjo realizado no Governo Bolsonaro, em que houve uma reestruturação de Atenção Básica para Atenção Primária à Saúde foi intensificada a partir de um conjunto de estratégias e medidas implementadas, que pode ser visualizada acima, a fim de se estabelecer uma nova política. Além da mudança de nomenclatura, houve mudança organizacional, na forma de prestação de serviços, na avaliação das ações e no financiamento, a partir de decisões discutidas e pactuadas em âmbito da CIT.

### 5.1.2. Reuniões da CIT no ano de 2020.

O ano de 2020 seria um ano de incertezas e de implementação de uma política importante, no entanto a pandemia da COVID-19 devastou o território brasileiro e em relação as reuniões da Comissão Intergestores Tripartite, sua maioria envolvia recursos para COVID e adiamento de prazos para a avaliação devido ao Estado de Emergência Pública.

Quadro 5 – Pautas sobre Atenção Básica identificadas nas Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Tripartite, no ano de 2020.

<b>Data</b>	<b>Pautas sobre Atenção Básica/ Financiamento</b>
Junho	Prazos do Programa Previne Brasil – SAPS/MS.
	Portaria de credenciamento de 3 mil equipes ao Informatiza APS – SAPS/MS.
Agosto	Prorrogação do Prazo da capitação Ponderada da etapa de transição do Programa Previne Brasil – SAPS/MS.
	Prorrogação do prazo da Portaria nº 3.263/GM/MS, de 11 de dezembro de 2020, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) – SAPS/MS.
	Novos credenciamentos de Incentivo de formação, Programa Saúde na Hora e Informatiza APS – SAPS/MS.
Setembro	Portarias recurso Covid-19 – SAPS/MS:
	Dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil – SAPS/MS.
	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, no que dispõe sobre o incentivo financeiro mensal de custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) – SAPS/MS.
Outubro	Prorrogação da capitação ponderada: Programa Previne Brasil – SAPS/MS.
Dezembro	Proposta Previne Brasil 2021 – SAPS/MS
	Portaria que institui o valor extra dos indicadores de desempenho do Previne – SAPS/MS.

Fonte: <https://antigo.saude.gov.br/#tab2>

Na Quarta Reunião Ordinária da CIT de 2020, realizada dia 18 de junho, diante da pandemia com o novo coronavírus, houve a necessidade de discutir sobre um novo prazo para o pagamento por desempenho do Programa Previner Brasil.

A secretária substituta da SAPS apresenta a problemática evidenciada nas discussões passadas em que mostrava as milhões de pessoas que não se encontravam cadastradas e vinculadas a uma unidade de saúde da família. Apresentou um panorama de cadastros individuais do ano de 2018 a 2020 proveniente do relatório de indicadores de desempenho do SISAB. Ela considerou o aumento de cadastros desde a publicação da portaria, de 98.022.662 pessoas em 2019 para 105.101.649 no ano de 2020, pressupõe que os brasileiros estão tendo mais acesso aos serviços do SUS. Ela retoma a problemática evidenciada nas discussões passadas em que mostrava as milhões de pessoas que não se encontravam cadastradas e vinculadas a uma unidade de saúde da família.

O prazo estabelecido aos municípios para o pagamento do novo financiamento era até abril de 2020, porém, considerando a atual situação do país, trazem a pactuação de prorrogar novamente a capitação cheia a partir de agosto de 2020. Diante da pandemia com o novo coronavírus, contudo, houve a necessidade de discutir sobre um novo prazo para o pagamento por desempenho do Programa Previner Brasil.

Em relação ao pagamento por desempenho, os resultados e metas do primeiro quadrimestre indicaram que nem todas as equipes conseguiram atingir a meta estabelecida. A proposta inicial seria o pagamento cheio a partir de setembro de 2020, considerando novamente a atual situação do país, a nova proposta pretende pagar o desempenho considerando os resultados obtidos dos indicadores pactuados, com acréscimo de um pagamento complementar por conta da dificuldade das equipes em alcançar as metas diante das limitações da pandemia.

O diretor do CONASEMS, Hisham Mohamad Hamida, completa que esses são alguns dos desafios apresentados ao longo desse período. Além de mencionar que não esperavam uma pandemia em meio a transição a uma nova proposta de modelo de financiamento, também apresentam dificuldades em relação aos sistemas de informações próprios para a migração desses dados.

Um representante do CONASS se manifesta a respeito da necessidade do olhar em relação ao trabalho da atenção primária à saúde no período de pandemia:



“Esse item da pauta nos chama atenção para algo extremamente importante que é sempre bom salientar, nós não podemos voltar os nossos olhos apenas para os necessários e urgentes leitos de terapia intensiva, nós temos também que estar atento aos cuidados de proximidade, como eu gosto de chamar, que são aqueles oferecidos pela atenção primária, seja na prevenção, no evitar a chegar o paciente já grave as unidades de terapia intensiva, mas, sobretudo, no monitoramento das condições crônicas que continuam a existir, antes mesmo da chegada da pandemia”. (1:37:37 – 1:38:39).

Na Sexta Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do ano de 2020, realizada no dia 27 de agosto, a primeira discussão na reunião considerou a pactuação de estabelecer o CPF como suficiente para a identificação do indivíduo nos registros de saúde, pois pode garantir a integração de todas as bases nacionais, desburocratiza e simplificação dos cidadãos para os cadastros de saúde e, conseqüentemente, na identificação de pessoas cadastradas em unidades de saúde para o pagamento por capitação.

Nos informes, ressaltou-se considerações acerca da prorrogação do prazo da capitação ponderada, no âmbito do Previne Brasil. O Ministério da Saúde sinalizou para a prorrogação do prazo da transição da capitação ponderada, dessa vez para outubro de 2020. Também informou que está tramitando uma alteração no prazo da Portaria nº3.263 de dezembro de 2019, relativa ao incentivo financeiro para cadastramento dos usuários ao SUS para dezembro de 2020.

Em 11 de dezembro de 2019 ainda foi instituída a Portaria nº3263 que estabelece incentivo financeiro para fortalecimento de ações de cadastramento dos usuários no SUS. Apesar disso, a problemática em relação aos cadastros de usuários ainda é presente. Na prática, envolve uma grande mobilização da gestão municipal em desenvolver estratégias que diminuam as fragilidades em registros e sistemas de informação.

Em uma primeira situação, o registro incorreto de um cadastro a partir de uma digitação errada ou de atualização de cadastro em diferentes fontes pode ocasionar duplicidades e outras inconsistências que impactam na avaliação tanto na capitação ponderada, como na avaliação dos indicadores de desempenho. Outra situação é que para atingir o resultado esperado nos indicadores, regras de registro de informações no sistema devem ser seguidas, demandando um processo árduo de educação permanente para os profissionais da assistência.

Existe a realidade de um erro de registro interferir na interpretação de uma boa ou péssima assistência, de que forma a avaliação desse indicador realmente reflete na qualidade do serviço? Se o profissional foca todos os seus esforços nos registros para o alcance dos 7 indicadores, o que garante que essa população realmente foi bem assistida nas demais competências e abrangência da Atenção Básica?

Em uma avaliação em relação aos indicadores pactuados, confrontando as metas e os parâmetros propostos, percebeu-se que eles necessitam de indicadores que avaliem efetividade e eficiência, considerando que avaliam pessoas cadastradas por Estratégia Saúde da Família, mas não efetivamente acompanhadas pela Atenção Básica. Em uma situação, os cadastros podem ser inseridos no Sistema de Informação, sem que o paciente tenha realizado um atendimento na unidade de saúde. Uma das formas de se analisar a eficiência de indicadores está em considerar insumos. Nesse sentido, os indicadores do Previne Brasil apenas avaliam os atendimentos e pessoas cadastradas, sem verificar o custo que cada equipe teve para atender o maior número possível de pessoas. Ainda, a avaliação do Previne Brasil não compreende indicadores relacionados a organização dos serviços, ações de promoção e prevenção da saúde, ou avaliação de infraestrutura e capacidade profissional, por exemplo. Nesse sentido, parece existir deficiência quanto à coerência e efetividade dos indicadores sobre as metas e objetivos do programa, que impactam na avaliação da real da situação de saúde, da universalidade do acesso e da cobertura da Estratégia Saúde da Família (COELHO, 2022).

Autores também compartilham impactos de uma precarização no cotidiano dos profissionais, a partir de um funcionamento baseado em metas de produção como condição para financiamento (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2022). Em estudo que se avaliou dados obtidos pelo SISAB compreendendo os indicadores pactuados demonstrou que os Estados da Região Nordeste do Brasil não apresentaram variação crescente entre os cadastros do terceiro quadrimestre de 2019 e terceiro quadrimestre de 2020. Nesse sentido, cada unidade de federação pode apresentar perda de recursos para a assistência, sendo necessários alguns esforços para identificar a necessidade de reparo, para capacitar os profissionais e para informatizar as unidades de saúde, por exemplo (LOPES et al., 2022).

Para auxiliar o acompanhamento dos municípios em relação as suas metas, a SAPS disponibilizou uma ferramenta para monitoramento de indicadores a partir do Sistema

de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), a partir do painel do e-Gestor AB. Nessa tela os municípios podem ter acesso a todas as Notas Técnicas, Manuais de Qualificação de Dados. A avaliação dos indicadores será realizada em três quadrimestres durante o ano de competência e o resultado poderá ser visualizado nesse sistema (MENDES; CARNUT; MELHO, 2022).

Apesar da existência desse sistema e da divulgação dessas informações, o Sistema de Informação possui muitas fragilidades que dificultam o trabalho dos gestores municipais e dos profissionais em relação ao monitoramento das informações. Alguns municípios possuem sistemas próprios, mas no geral os registros são inseridos no ESUS-APS, em um Prontuário Eletrônico. Em nenhum dos sistemas mencionados os relatórios de acompanhamento fornecem informações completas para a avaliação do acompanhamento e, conseqüentemente, dos indicadores.

O e-Gestor publica informações apenas quando o quadrimestre se encerra. Nesse sentido, os gestores e técnicos só conseguem visualizar a situação do município após o fim do quadrimestre avaliado e não quando estão trabalhando com as informações. Desse modo, os municípios devem utilizar de outras estratégias para o acompanhamento das condições de saúde e dos indicadores do programa e o sistema de informação do Ministério da Saúde tem uma finalidade pontual.

## **5.2 O debate no Conselho Nacional de Saúde sobre o Financiamento da Atenção Básica.**

O formato das pautas do Conselho Nacional de Saúde difere da CIT em muitos aspectos. Em relação à quantidade de membros das duas reuniões, no CNS tem uma quantidade maior de pessoas que participam realmente das discussões. Enquanto na CIT, geralmente, destaca-se a participação de poucos representantes do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde, no CNS existem mais representantes que imprimem seus pontos de vista. Nesse sentido também se percebe que as reuniões do Conselho Nacional de Saúde são mais extensas, geralmente costumam ter a duração de dois dias.

O formato padrão das reuniões ordinárias do CNS são: 1) Aprovação das atas das reuniões anteriores. 2) Expediente (Justificação das ausências, compartilhamento de

calendário de atividades do mês. 3) Informes. 4) Discussões da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHR). 5) Discussões da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN). Além desses itens específicos, algumas discussões ainda entram em pauta em alguns momentos das reuniões de acordo com a necessidade do momento, o que difere em cada mês.

### **5.2.1. Reuniões do CNS no ano de 2019.**

Na 314ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, primeira reunião do Conselho Nacional de Saúde do ano de 2019, houve a apresentação do novo Ministro da Saúde, com um discurso em que demonstrava o interesse em realizar mudanças na saúde, mencionando a criação da nova Secretaria de Atenção Básica (CNS, 2019a).

Nesse momento, não houve discussão a respeito da AB, porém, é importante compartilhar as falas que enfatizam a necessidade e vontade de focalizar atenção em relação a atenção básica e gerar melhorias. Esse discurso foi mencionando diversas vezes nas reuniões da CIT e foi comentado em âmbito do Conselho Nacional de Saúde da mesma forma (CNS, 2019a).

Na reunião de março de 2019, 315ª Reunião do CNS, a Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento formada, demonstrou preocupação em relação à Emenda Constitucional – ECNº95/2016. Mesmo não sendo mencionada nesta reunião alguma pauta específica relacionada ao financiamento da Atenção Básica, nota-se a inquietação dos membros do CNS quanto aos efeitos negativos à saúde. Apresentaram informações extraídas de diversos estudos em que se discutiam a respeito das perdas no financiamento à saúde (CNS, 2019b).

A preocupação em relação a algumas dificuldades sobre a cobertura, o financiamento e a avaliação do modelo que antecedeu a mudança, já vinham sendo compartilhada em algumas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite, no período de março a maio de 2019, porém apenas em agosto essas inquietações foram discutidas no Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019b).

O Novo Regime Fiscal consiste na diminuição das despesas públicas, a partir de um “teto de gastos” no orçamento da União. Calculava-se prejuízos acumulados ao Sistema

Único de Saúde, considerando que os recursos deveriam reduzir de 1,7% do PIB para 1,0% até o ano de 2036 (MENDES; FUNCIA, 2016; SOARES, 2018).

A decisão e implementação da EC nº 95 desconsiderou vários aspectos das necessidades de saúde da população, além de características como a transição demográfica, o crescimento populacional, a necessidade de expandir a rede pública de saúde, a incorporação tecnológica e as mudanças no perfil de adoecimento (MARIANO, 2017).

Não só a preocupação com a redução de recursos, os riscos à saúde universal também envolvem as novas modalidades de gestão adotadas, principalmente relacionadas a interesses privatistas e corporativistas (MENDES; CARNUT, 2018). E mesmo com um congelamento de gastos por 20 anos, os custos para a assistência à saúde só tendem ao crescimento, à medida que novas tecnologias são implantadas, que as necessidades da população mudam e pela crescente judicialização do direito à saúde (ROMÃO, 2019).

Em 29 de abril de 2020, o Conselho Nacional de Saúde emitiu uma Carta Aberta em Defesa da Vida, da Democracia e do SUS. Além de outras questões, compartilha que a EC95 desde o ano de 2018 já havia retirado R\$22,5 bilhões de recursos do Sistema Único de Saúde e que era distribuído menos de 11% do orçamento federal para o combate à COVID-19, transferência insuficiente para a assistência à saúde em período de pandemia.

Solicitaram o apoio do CONASS, CONASEMS, da OAB, de todas as entidades do Movimento de Reforma Sanitária, dos Direitos Humanos, da Imprensa e novamente propuseram a revogação permanente do teto de gastos.

Nessa conjuntura, na 320ª Reunião, em agosto de 2019 o Conselho Nacional de Saúde discutiu a primeira pauta específica relacionada ao financiamento da atenção básica.

Como mencionando anteriormente que as reuniões do CNS poderiam trazer algumas pautas diferentes a cada mês, nesse período em questão houve uma discussão sobre “A Universalidade do SUS para além da cobertura universal” com a participação de um representante do Banco Mundial que apresentou a preocupação em relação aos gastos e a cobertura da assistência à saúde. Nesse momento, descreveu propostas relacionadas às reformas na Atenção Primária à Saúde para favorecer a qualidade na atenção, expandindo o acesso e avaliando os resultados. O convidado também inicia uma discussão mencionando benefícios em se criar um pacote de serviços a serem ofertados pelo SUS (CNS, 2019b).

Após a explanação do representante do Banco Mundial<sup>11</sup>, alguns conselheiros compartilharam suas percepções. Eles mencionaram novamente os efeitos da EC nº 95/2016 como cenário econômico incompatível com melhorias à saúde. Reforçaram a importância de as ações de saúde serem adequadas à realidade de cada território e que não devem estar limitadas a um pacote de serviços previamente disponível, mostrando preocupação em relação a proposta de Carteira de Serviços para a Atenção Primária, que estava em consulta pública naquele momento (CNS, 2019b).

A discordância em relação a essa consulta pública foi unânime em todos os conselheiros que compartilharam suas percepções no momento. Eles defenderam ainda que a discussão do modelo do novo financiamento deveria ser discutida em âmbito do CNS e não somente da CIT. Em uma das deliberações dessa reunião, foi pactuada a necessidade do secretário de Atenção Primária à Saúde em comparecer na próxima reunião do CNS para discutirem as mudanças propostas pela nova secretaria (CNS, 2019b).

Foi publicado um documento, no ano de 2019, em que apresentam uma proposta de reforma do modelo de prestação de serviços do SUS, com características em torno de mecanismos de pagamento a partir de um setor de saúde suplementar ou privado. Além disso, propõe que seja realizado uma definição ou um pacote de serviços a serem cobertos pelo Sistema Único de Saúde, afirmando altos custos em relação a judicialização, ou seja, orienta o país a delimitar e reduzir o que será ofertado como direito à saúde (BANCO MUNDIAL, 2019).

A primeira menção a mudanças concretas na Atenção Primária só foi realizada em agosto no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, até esse período a CIT já havia discutido várias propostas e pactuações, como esquematizado na Figura 3.

Na reunião de setembro de 2019 do Conselho Nacional de Saúde em uma discussão da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT),

---

<sup>11</sup> Alguns autores afirmam que desde a instituição dos Sistema Único de Saúde o Banco Mundial tenta reconfigurar o Sistema Único de Saúde no que se refere às responsabilidades das esferas brasileiras a partir de medidas antagônicas a universalidade do acesso, a integralidade da assistência e ao financiamento capaz de compreender de forma efetiva a demanda do sistema de saúde (ALVES; BARBOSA; VIEIRA, 2022). Durante o governo de Michel Temer (2016-2017) foram iniciadas ou ampliadas muitas transformações prejudiciais ao SUS, realizou mudanças estruturais na Atenção Básica, seguindo as orientações do Banco Mundial (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

foi compartilhada a informação de que houve uma audiência pública sobre a medida provisória que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (CNS, 2019d).

A conselheira que participou da audiência como representante evidenciou intenção contrária a proposta do governo. Em outro momento, houve a discussão que havia sido pactuada na reunião do mês de agosto, em que foi deliberado a necessidade de um momento para apresentação das propostas de mudança da nova secretaria de atenção primária (CNS, 2019d).

A Secretária Substituta de Atenção Primária à Saúde iniciou a apresentação contextualizando sobre a importância da APS e sobre a relevância do decreto que instituiu a SAPS no ano de 2019 para fortalecimento do SUS (CNS, 2019d). Ela compartilhou algumas iniciativas realizadas até o momento, como a portaria de desburocratização da ampliação de equipes de serviço, o Programa Saúde na Hora e a Programa Médicos pelo Brasil. Ainda, apresentou as estratégias que já estavam em desenvolvimento, como a proposta de nova formulação das equipes de atenção primária e sobre o novo financiamento da atenção básica (CNS, 2019d).

Após a explanação foi disponibilizado um momento para debate. Os conselheiros destacaram a mudança do termo “Atenção Básica” para “Atenção Primária” escolhido nesse novo governo que podem demonstrar uma abordagem seletiva e restritiva, antagonista a ideia compartilhada na criação do Sistema Único de Saúde (CNS, 2019d).

Novamente enfatizaram a preocupação sobre a proposta da Carteira de Serviços, que apresenta estratégia contrária a necessidade de um sistema universal e sobre a EC nº95 de 2016. Um dos conselheiros apresentou preocupação em sobre a avaliação por desempenho como critério de pagamento. Destacaram, ainda, que a intenção de indução financeira a partir somente das vulnerabilidades não contempla todas as necessidades de um território. Ainda, manifestaram que o pagamento por desempenho pode fragilizar o trabalho da equipe multidisciplinar (CNS, 2019d).

A Secretária Substituta da SAPS respondeu aos questionamentos dos conselheiros pontuando que, para o Ministério da Saúde, os termos ABS e APS são equivalentes. Defendeu a necessidade de um olhar para a melhoria na cobertura universal mediante a falta de informações de mais de 50 milhões de brasileiros que não se encontram cadastrados em equipes de saúde da família, compartilhou que, nesse sentido, a nova proposta pretende

focalizar na “pessoa e não no território”. Destacou, também, a necessidade de compreender um financiamento que aborde o indivíduo, a avaliação no desempenho de indicadores de qualidade da atenção, considerando a finitude do recurso do Sistema Único de Saúde (CNS, 2019d).

A discussão foi finalizada com inquietações em relação a necessidade dessas decisões serem discutidas também no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Já na reunião da CIT do mês de setembro, houve a apresentação da portaria instituída que define nova composição das equipes de saúde da família.

Na reunião de outubro de 2019, a CIRHRT novamente manifestou posição contrária a uma das medidas provisórias instituídas pela SAPS, que instituiu a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, por privilegiar os beneficiários de plano de serviços privados (CNS, 2019e).

A próxima reunião do Conselho Nacional de Saúde com pauta evidenciando a APS foi realizada em dezembro de 2019. Nela houve a apresentação do modelo de financiamento da atenção primária à saúde. O Secretário da SAPS/MS apresentou detalhes da reforma contextualizando todas as mudanças ocorridas na atenção primária desenvolvidas pela secretaria, como a criação da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, o Programa Saúde na Hora, o Programa Médicos pelo Brasil, entre outras, até o momento de ser instituído a portaria nº 2.979 de novembro de 2019, que define o Previn Brasil (CNS, 2019f).

O Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), convidado a participar desse momento de discussão compartilhou sua percepção acerca da nova portaria, destacando que um dos principais impasses da gestão do SUS não decorrem da falta de produtividade e sim de falta de financiamento. Também demonstrou preocupação sobre a situação dos cadastros dos usuários terem sido incluídas em critério de repasse de recursos. Apresentou dados em que sugeria uma redução do piso para a saúde, evidenciando que a saúde no Brasil passaria de um subfinanciamento crônico para o desfinanciamento (CNS, 2019f).

Por fim, incitou o debate em relação a algumas decisões do governo comparando aos princípios do Sistema Único de Saúde:

“Cadastro versus universalidade; Carteira de serviços versus integralidade; e



produtividade versus qualidade. Por fim, disse que o dilema estratégico a ser debatido é “cobertura universal de saúde ou Sistema Universal de Saúde?” uma vez que a proposta, ao invés de preencher os pressupostos do SUS, os esvazia” (CNS, 2019e, p.9) (Linha – 526-531).

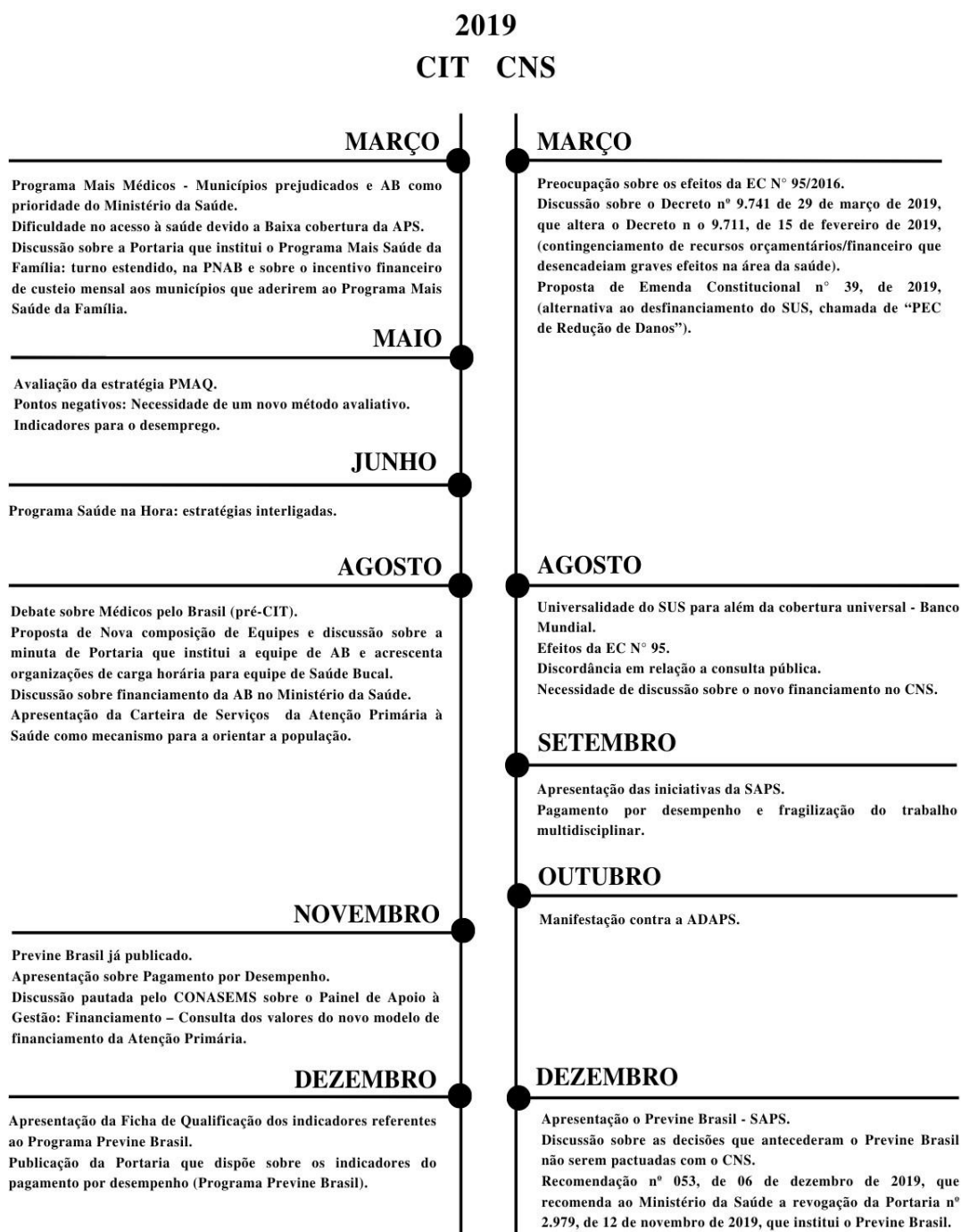
Em outro momento, os conselheiros nacionais destacaram novamente que as decisões sobre as mudanças que antecederam a nova proposta de financiamento da Atenção Básica foram pactuadas sem inserir o Conselho Nacional de Saúde nas deliberações, indo em contradição às diretrizes do SUS. Além disso, seguiram com questionamentos e percepções que demonstraram preocupação em relação ao novo financiamento e os princípios que o sistema de saúde foi construído (CNS, 2019f).

O representante do CONASEMS presente compartilhou que a decisão foi tomada a partir de várias discussões em reuniões com os secretários municipais de saúde, inclusive com a participação de conselhos de saúde. E novamente, retomando a palavra ao secretário da SAPS ele concordou em participar de mais discussões à medida que julgassem necessário, diante da complexidade e importância da decisão (CNS, 2019f).

Também reforçou que suas intenções não são relacionadas a nenhum partido político, que realmente acredita nessa nova proposta para melhoria do SUS (CNS, 2019f).

Figura 3 – Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e CNS no ano de 2019.

### Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e CNS no ano de 2019.



Fonte: elaboração própria.

### 5.2.2. Reuniões do CNS em 2020.

No ano de 2020, as reuniões do Conselho Nacional de Saúde passaram a ser extraordinárias e online por consequência da pandemia da COVID-19. Nesse sentido, o cronograma de discussões em âmbito do CNS divulgado e disponível das atas foram:

Quadro 6 – Cronograma de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde do ano de 2020.

DATA	REUNIÃO
23 e 24 de janeiro de 2020	Tricentésima Vigésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde
13 e 14 de fevereiro de 2020	Tricentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde
10 de junho de 2020	Sexagésima Quarta Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde
23 de outubro de 2020	Sexagésima Quinta Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde
11 de dezembro de 2020	Sexagésima Sexta Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde

Fonte:

Além disso, foi instituída a Resolução nº 645 de setembro de 2020, que estabelece os procedimentos relativos ao funcionamento do CNS, através da realização remota das reuniões colegiadas, durante a pandemia provocada pelo COVID-19. Dentre o reajuste, decidiram realizar por meio da plataforma digital, em reuniões gravadas, enquanto o Estado de Calamidade Pública estiver instaurado, com um formato de no máximo três horas de duração (CNS,2020). Nesse sentido, os temas discutidos também foram reduzidos em outro formato.

Na reunião 326ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2020, o tema intitulado “O cenário do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde” foi apresentado pela assessora do CONASS, Maria José Oliveira Evangelista e Lígia Giovanella, *docente do* Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com a

coordenação do Conselheiro Fernando Zasso Pigatto, presidente do CNS (CNS, 2020a).

A primeira expositora iniciou comentando sobre a história da Atenção Básica, alguns marcos e demonstrando que a quantidade de recursos investidos na AB era menor que nas outras áreas. Comentou que alguns modelos podem fragilizar a ABS, presente em propostas de flexibilização de profissionais e unidades de saúde e cuidado fragmentado (CNS, 2020a).

No Modelo de Gestão e de Financiamento, era preciso ir da gestão da oferta para a gestão com base na população, voltado para os resultados em saúde. Além disso, sair dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde – organização hierárquica para organização poliárquica (AP no centro da atenção). Para isso, era preciso: integrar as ações e os serviços de atenção à saúde por meio da estruturação de rede. (CNS, 2020a, p. 13) (Linhas 751 a 757).

Em seguida, a docente Lígia Giovanella iniciou sua apresentação e reforçou a importância de um espaço de discussões com os Conselhos de Saúde, CONASS, CONASEMS, profissionais e cidadãos (CNS, 2020a).

Destacou que a política atual de AB precisa ser analisada considerando o conjunto de medidas e o contexto atual (conhecer a direcionalidade das políticas – para onde vamos?). Pontuou o contexto de restrição de direitos, congelamento de gastos públicos em políticas sociais, autoritarismo, graves ameaças e afrontas à democracia, aumento das desigualdades sociais (CNS, 2020a, p. 14) (Linha 783 a 786).

A pesquisadora contextualizou algumas medidas implantadas para a Atenção Primária a Saúde, que reforçam a ideia de um conjunto de políticas de saúde para uma atenção mercantilizada, focada e seletiva, que podem significar o aumento das desigualdades. Menciona a criação da Adaps criada em paralelo com o Programa Médicos pelo Brasil. Considera que a ideia da agência vai muito além do programa instituído, indicando características da sua relação com o setor privando interferindo no SUS (CNS, 2020a).

Ainda, comenta sobre a Portaria nº 2.979, de 2019, que instituiu o novo financiamento da Atenção Básica, por meio do Programa Previne Brasil.

Explicou que a nova proposta de financiamento da APS traz consequências drásticas para os municípios ao substituir o PAB fixo, o PAB variável por ESF e os incentivos ao NASF e gerentes por um pagamento por capitação ponderada, calculada pelo número de pessoas cadastradas. Disse que isso significa, em primeiro lugar, que os municípios terão que renunciar à única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente, para aplicação com autonomia, que é o PAB fixo, o que certamente é um risco para a sustentabilidade financeira do SUS

municipal. Nas suas palavras, eliminar incentivos específicos para o NASF e ESF significa a abolição dos NASF e a extinção da prioridade para a Estratégia Saúde da Família (CNS, 2020a, p. 15) (Linhas 861-869).

Discute e aponta que, mesmo no período de transição do financiamento, no ano de 2021, os municípios sofreriam com a redução dos incentivos transferidos, pontuando o risco de desfinanciamento em meio à crise fiscal já presente (CNS, 2020a).

Segundo o COSEMS SP, era de 47% a estimativa de perda em 2021 dos recursos federais transferidos aos municípios paulistas em para APS. Somente 36% da população do Estado possui cadastro nas UBS. Mesmo em cenário ideal de cadastramento na meta máxima para cada equipe, para o conjunto dos municípios paulistas na dimensão da capitação ponderada, haveria em 2021 uma perda de mais de 25% das transferências previstas para 2019, atingindo 391 municípios (ou 61% do conjunto de municípios) segundo o Cosems SP (Cosems SP. Nota Técnica COSEMS/SP: Novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde (CNS, 2020a, p. 16) (Linha 904 a 911).

Em relação à capitação ponderada, lembrou que muitos municípios ainda estavam em transição de sistema de informação, em que se revelou perda de indivíduos cadastrados, o que levou a apresentarem e discutirem, a nível de mudança de financiamento, uma quantidade equivocada de cadastros (CNS, 2020a).

Para se ter uma ideia, e dezembro de 2013, havia 121 milhões de pessoas cadastradas no SIAB e, ao final de 2018, apenas 86 milhões de cadastros individuais no e-SUS Disse que peça publicitária governo federal, após a publicação da Portaria 2.979, apontou que 50 milhões de brasileiros mais vulneráveis encontravam-se “esquecidos” e desassistidos pela ESF (CNS, 2020a, p. 16) (Linha 929 a 933).

Mesmo com a justificativa do aumento de cobertura do sistema de saúde, apresentado pelo governo, comentou sobre o Programa Saúde na Hora como serviço de atenção básica que se assemelha com as unidades de pronto atendimento, com caráter de urgência e não de acompanhamento ou cuidado continuado. Novamente contextualizando com a flexibilização das equipes e carga-horárias e deixando a critério do gestor municipal (CNS, 2020a).

Destacou que as proposições das políticas federais recentes tendem a enfraquecer a APS como parte e “coração” da rede de serviços de saúde do SUS, prescinde-se de sua integração na rede assistencial regionalizada (CNS, 2020a, p. 17) (Linha 968 a 970).

Novamente enfatizou a importância da discussão conjunta entre CONASS,

CONASEMNS, profissionais de saúde, gestores, academia para impedir retrocessos e finalizou apresentando propostas para a Atenção Básica (CNS, 2020a).

Finalizando, apresentou as proposições para APS integral no coração do SUS: fortalecer o controle social - defender a implementação resultados da 16ª CNS; insistir na revogação da EC nº. 95; contra a desvinculação dos recursos para saúde e educação em todos os níveis (- atenção à saúde competirá com educação básica por recursos!); manter e recompor o PAB fixo, preservando a autonomia dos municípios no uso desses recursos; preservar a lógica do PAB variável com base no financiamento por Equipes de Saúde da Família e NASF como estratégia de ampliação do acesso à APS integral no SUS na busca da universalidade com equidade; reforçar o papel dos estados no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando a integração da APS com todos os serviços necessários para atenção de qualidade, e no apoio à formação e capacitação de profissionais para o SUS; promover estratégias que fortaleçam a gestão pública do sistema e contenham a mercantilização; e promover uma reforma tributária com justiça fiscal, progressividade da arrecadação e carga tributária adequada para garantir a universalidade de direitos sociais (CNS, 2020a, p. 17) (Linhas 983 a 995).

Após o momento de explanação, alguns conselheiros também compartilharam suas opiniões a respeito das falas e do contexto atual. Os comentários permearam a realidade de desmonte e retirada de direitos da saúde, seguridade social e proteção social. Nesse sentido fizeram ainda, questionamentos para a representante do CONASS (CNS, 2020a).

Como o novo modelo de financiamento estruturaria os serviços e garantiria a multiprofissionalidade sem os NASF, com centralização do financiamento em cadastro ao invés de priorizar a integralidade do cuidado? (CNS, 2020a, p. 18) (Linha 1025 a 1027).

Como garantiria o fortalecimento da atenção primária nos municípios com menos recursos? Como o modelo de avaliação de desempenho garantiria o respeito e a valorização dos profissionais de saúde? (CNS, 2020a, p. 18) (Linha 1031 a 1033).

Comentam em relação à associação do novo financiamento da Atenção Básica, sendo um resultado da redução de incentivos do regime fiscal com a EC nº 95. Novamente sugerem e reforçam a necessidade de revogação da emenda constituição e do Previde Brasil. Alguns conselheiros também questionaram a fala de Maria José, a respeito das contradições entre a sua fala no momento e o apoio do CONASS a uma portaria de novo financiamento que ia em oposição exatamente ao que tinha mencionado (CNS, 2020a).

Um dos conselheiros em nome do CONASEMS compartilhou que a intenção dessas pactuações foram estabelecidas em uma proposição de que nenhum município teria perdas orçamentárias (CNS, 2020a).

“Explicou que a nova proposta modificava a forma de financiamento, com incentivo no cuidado e indução de resultados ao invés de processo. Apesar dos avanços, disse que a atenção básica ainda era insuficiente e destacou, por exemplo, perda de cobertura vacinal, pioria de indicadores como sífilis congênita. Disse que a expectativa era de ampliação do orçamento de R\$ 2 a R\$ 3 bilhões e pontuou que 1090 municípios, que eram os maiores, encontravam-se em processos de transição, com o compromisso de ampliar a cobertura de estratégia de saúde da família para não perder recursos. Também disse que os NASF não foram extintos e os recursos destinados a esses Núcleos estavam incluídos no financiamento da atenção básica. Ressaltou que as Portarias foram debatidas em todos os Estados da Federação e, após amplo diálogo, foram pactuadas” (CNS, 2020a, p. 19) (Linhas 1079 a 1088).

Nesse momento, muitos conselheiros compartilharam suas opiniões e manifestaram repúdio a nova proposta, porém na ata está descrito que algumas pessoas “conclamaram o CNS a manifestar-se contra” (Linha 1115) e outra fala foi descrita como “avaliou como responsáveis genocidas todos os que apoiam a proposta nefasta de desmonte do SUS e desfinanciamento da Saúde da Família (Linhas 1128 a 1130), referindo-se ao CONASEMS (CNS, 2020a).

Ao retornar a mesa, a assessora do CONASS, Maria José Evangelista reforçou a importância do debate, porém pontuou a necessidade da condução do debate de uma forma mais respeitosa em relação as considerações e opiniões dos envolvidos, referindo-se aos discursos anteriores. Para finalizar, a docente e pesquisadora Ligia Giovanella pontuou alguns aspectos mencionados nas falas dos conselheiros (CNS, 2020a).

A respeito das questões colocadas, pontuou os seguintes aspectos: impossível debater as políticas da saúde sem considerar a conjuntura política do país; os princípios da universalidade, integralidade, equidade fazem parte do modelo assistencial e de certa forma estavam sendo atingidos pela EC n.º 95; CONASEMS lutou para que nenhum município tenha redução de recursos, todavia, não havia garantia de que não haveria perdas em 2020; era necessário mais recurso para a atenção básica; o SUS estava subfinanciado (CNS, 2020a, p. 20) (Linhas 1189 a 1193).

No dia 10 de julho de 2020 foi realizada a 64ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, primeira reunião colegiada estabelecida de forma remota, referente ao Regimento Interno do CNS e na Instrução Normativa n.º 001, de 23 de junho de 2020. Nesse momento, o conselheiro Fernando Zasso Pigatto, presidente do CNS enfatizou as estratégias do CNS diante da pandemia da COVID-19 (CNS, 2020b).

Explicou que, desde março de 2020, a Mesa Diretora do CNS realizou 24 encontros remotos, semanais e a Secretaria Executiva do CNS adaptou-se às novas condições e manteve suas atividades de suporte às conselheiras e aos conselheiros, à Mesa Diretora, às Comissões e às Câmaras Técnicas. As comissões intersetoriais e as câmaras técnicas do CNS mantiveram encontros remotos periódicos, para subsidiar as ações do Conselho, com produção de estudos e pareceres técnicos, além de 33 recomendações, uma resolução e uma moção (CNS, 2020b) (Linha 190 a 197).

Após a apresentação das ações e estratégias, colocaram em votação um parecer técnico a respeito da temática “Pandemia de COVID-19 e seus impactos no financiamento da Atenção Básica”. Contextualizaram a cobertura e a importância da Atenção Primária a Saúde, principalmente na testagem, acompanhamento das pessoas com condições leves (CNS, 2020b).

O novo modelo de financiamento já foi objeto de análise de Nota Técnica da Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS), sobre as propostas governamentais para a Atenção Primária à Saúde, bem como da Recomendação CNS nº 053, de 06 de dezembro de 2019, que recomendou ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (CNS, 2020b) (Linha 4226 a 4232).

O parecer descreve a situação atual do novo financiamento, que se encontra com o prazo estendido, diante da pandemia. No entanto, referem ainda ser insuficiente diante da extensão da crise sanitária (CNS, 2020b).

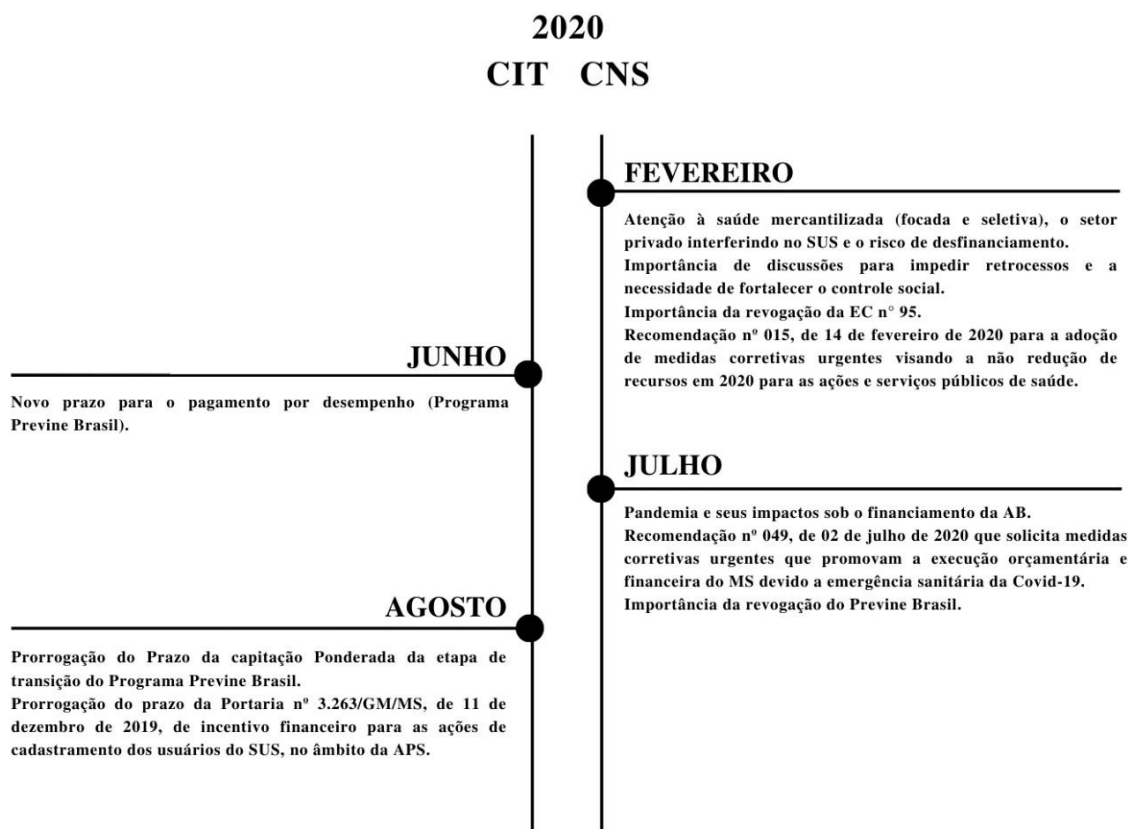
Cabe destacar que o próprio Ministério da Saúde reconheceu que cerca de 1.098 municípios brasileiros poderão perder recursos com o novo modelo de financiamento da APS instituído pela Portaria no 2979/2019, listados em uma Portaria específica do MS, de 31 de janeiro de 2020. Tais municípios teriam todo o ano de 2020 como prazo para se adequar ao novo modelo. Ocorre que, à época, não era prevista a chegada ao Brasil de um novo vírus, com graves consequências para a saúde da população e para o exorbitante aumento da carga de trabalho para o SUS. Ademais, a grave situação epidemiológica do Brasil e seus impactos em todo o território nacional tem modificado a dinâmica de trabalho em todas as instâncias de gestão do SUS, dos municípios ao Ministério da Saúde (CNS, 2020b) (Linha 4269 a 4279).

Diante desse contexto detalhado pelo parecer, novamente a conclusão é solicitando a revogação da Portaria que define o Programa Previne Brasil (CNS, 2020b).



Figura 4 – Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e CNS no ano de 2020.

**Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e CNS no ano de 2020.**



Fonte: elaboração própria.

Evidencia-se que problemas estruturais persistem no Sistema Único de Saúde. O baixo financiamento público, com alocação de recursos bem abaixo do considerado ideal, problemas relacionados a organização e governança ocasionam aumento nas desigualdades regionais no acesso aos serviços e qualidade da assistência às populações. Esses problemas tendem a piorar com as mudanças do Regime Fiscal e nas regras de alocação de recursos, como o mencionado na Atenção Básica, que podem reverter as conquistas do SUS (MASSUDA et al., 2018).

Em um estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina, demonstraram que o setor público gastou R\$3,83 per capita por dia com a saúde no ano de 2020, incluindo todas as ações e serviços das três instâncias de governo. Sendo gasto um total de R\$1.398,53 por habitante, enquanto no ano de 2018 foram gastos por habitante em média R\$1.382,29. Nesse sentido, em três anos não houve mudança significativa em relação ao financiamento do SUS, com um gasto total de R\$292,5 bilhões durante o ano de 2020, o valor foi considerado abaixo do ideal (SIOPS, 2020).

Além do desfinanciamento mencionado e discutido, destaca-se as mudanças na lógica de vida e de trabalho impostas a partir de um neoliberalismo identificado desde o Governo Temer que repercute e se complementa com o atual Governo Bolsonaro.

Segundo Menezes, Moretti e Reis (2019), sendo mais que a retirada da responsabilidade do Estado da economia, percebe-se a estruturação de uma rede política e jurídica com ênfase na racionalidade de mercado e regida pela concorrência. Trazem ainda em seu estudo um questionamento essencial a se refletir sobre o futuro do Sistema Único de Saúde: “como falar de um sistema universal com direito de cidadania com um SUS tão encolhido?”.

O neoliberalismo ocasiona mudanças na definição das políticas públicas a partir de desregulamentação de obrigações do Estado e de privatizações que reduzem a sua atuação. Com a compreensão e a lógica de um sistema mais eficiente e com um menor custo, emergem novos métodos para fornecimento de serviços à população com enfoque similar aos das empresas privadas baseados na competição, produção e mercado (ALVAREZ, 2003; DUMENIL; LEVY, 2012).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consenso que a Atenção Básica à Saúde tem enfrentado diversos desafios ao longo da sua implementação. Obstáculos que se diferem a cada novo governo e mudança de atores do processo decisório e que perpassam sua abrangência, seus princípios, sua estruturação e seu financiamento.

A criação do Previnha Brasil, foco deste estudo, além de não ter sido uma boa solução para melhorar a distribuição de recursos, a universalidade do acesso e a avaliação da qualidade na assistência, ainda foi instituída em um contexto de violação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e sem a interlocução e a aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

Evidencia-se que, em espaço da Comissão Intergestores Tripartite em 2019, o Ministério da Saúde assumiu o papel de apresentar propostas já definidas, interligadas a fim de se construir um ambiente favorável a constituição de um novo financiamento. O CONASS, em suas considerações, apreciou e concordou com todas as discussões e o CONASEMS, apesar de ter questionado algumas dificuldades enfrentadas pelos municípios, consentiu aos argumentos apresentados, finalizando um espaço de concordância total sobre as mudanças do atual governo. Em contrapartida, o Conselho Nacional de Saúde se opôs a todas as propostas apresentadas, destacando a gravidade de que essas propostas foram discutidas neste espaço quando já haviam sido publicadas.

Analisando o processo de decisão de uma mudança tão importante para a AB, em meio a tantas deliberações solicitando a sua revogação, destaca-se a presença de um CNS que foi silenciado e abafado pela CIT e acumpliciado pelo Governo Bolsonaro. Nesse sentido, identifica-se a desarticulação entre esses espaços, configurando de forma inquestionável a “trapaça” ocorrida entre esses espaços, invalidando as raízes do SUS e da participação popular no processo decisório.

E ao refletirmos sobre o porquê de o Previnha Brasil ter sido a melhor solução escolhida, não podemos deixar de associar a todas as intenções de privatização do SUS que foram apresentadas desde o Governo Temer em 2016. A partir de um contexto de congelamento de gastos, como essa mudança de financiamento poderia efetivamente significar melhorias no financiamento?

Ou ainda, será que a lógica diferente estabelecida para transferência de recursos, não seria mais uma forma de abafar o desfinanciamento ocorrido? Não seria conveniente essa mudança se ao invés da obrigação do Governo Federal prover recursos importantes para a AB, ele tivesse que transferir somente o valor que os municípios “merecessem” a partir das novas regras?

No atual período pós-pandemia, em que estamos começando a trabalhar Atenção Básica sob as configurações do Previne Brasil, percebemos uma saúde fragilizada, com dificuldade em retornar as ações de prevenção e promoção da saúde, considerando o contexto de que muitas atribuições foram suspensas por conta do risco de disseminação da doença. Além disso, no período de transição e retorno as todas as atividades, o enfoque se caracteriza nas ações pontuais que são avaliadas pelos indicadores de desempenho.

O dia a dia das equipes de saúde da família encontra-se cada vez mais desafiador a partir das interferências do atual governo. A imunização, por exemplo, enfrenta grandes desafios a partir de baixas coberturas vacinais oriundas de anos anteriores. Além dos desdobramentos para recuperar as crianças com vacinas em atraso, ainda ocorre a luta para o resgate e sensibilização das famílias que desenvolveram uma aversão a vacinação. Parte em consequência do período da pandemia em que houve o distanciamento das famílias em relação as ações de educação em saúde e puericultura, que foram intensificadas pela onda de *Fake News* disseminadas pelo atual presidente, questionando a efetividade das vacinas em um período indispensável.

Entre outros desafios, o novo cálculo de capitação ponderada para transferência de recursos não leva em consideração as inúmeras fragilidades nos sistemas de informação nacionais. Os indicadores de desempenho focalizam a assistência em ações pontuais e a promoção e prevenção da saúde; a assistência a pacientes com tuberculose e hanseníase; a atenção a crianças e adolescentes; planejamento familiar; saúde do homem, entre outros estão sendo esquecidos e o gestores municipais esgotam seus esforços em resolver os enigmas envolvendo erros de registro, de sistema, de cadastro dos usuários e deixam de lado as inúmeras atribuições para uma Atenção Básica a Saúde de qualidade.

Compreendendo o contexto em que o Previne Brasil foi instituído e suas características constata-se com clareza a grande influência do neoliberalismo das ações da Atenção Básica, em que a produção de indicadores de desempenho, de ações pontuais

envolvendo quantidade de atendimentos para vinculação de recursos interfere no processo de trabalho da equipe e na qualidade e abrangência da assistência a ser prestada.

Apreende-se que, para além do desfinanciamento grave à saúde já discutido, a mudança também impacta nas relações humanas e profissionais, nas ações territoriais e da comunidade e na atenção equânime às diversidades locais e regionais.

Nas vésperas de novas eleições para definição de novo presidente da república, em que o ex-presidente Lula e o atual Bolsonaro disputam segundo turno, faz-se necessário resgatar e analisar a trajetória da saúde nos dois períodos.

Apesar dos desacertos, os anos de 2003 a 2015 (governo Lula e Dilma) foram marcados por ganhos significativos e pela estruturação de uma Atenção Básica que caminhou para o fortalecimento das políticas públicas e com base nos princípios e diretrizes do SUS. Enquanto, a partir de 2016, além do surgimento de propostas e mudanças que se opõem ao SUS, ainda houve desmonte do que já havia sido construído ao longo de todos esses anos.

Como limitações do estudo, o método utilizado neste trabalho compreende o Conselho Nacional de Saúde dos anos de 2016 a 2020, no entanto só foram incluídas as reuniões da CIT apenas dos anos de 2019 e 2020, por não serem disponibilizados os vídeos dos anos anteriores. Para uma maior análise no período pré-mudança de financiamento seria importante analisar as discussões da CIT também nos demais períodos. Também se faz necessário uma investigação sobre quais as alternativas estudadas pelos atores para os modelos de financiamento.

Como profissional da saúde, estudante de um Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública e cidadã é terrificante imaginar um futuro para a saúde brasileira a partir da reeleição do governo Bolsonaro. E, a partir dos resultados desse estudo, não posso deixar de também recomendar que o Previde Brasil seja revogado ou reestruturado para um programa de incentivo a acrescentar o financiamento e não para ser a principal forma de transferência de recursos para a Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

- ABC DADOS. **Expectativas com o governo Bolsonaro**. 2019. Disponível em: [Expectativas com o governo Bolsonaro | ABC Dados](#) Acesso em: 23 de julho de 2022.
- ABRANCHES, S. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados**, v. 31, n. 1, p. 5-38, 1988.
- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Nota Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/no-ta-abrasco-sobre-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-brasil/> 38190. Acesso em: 23 de julho de 2022.
- ABRUCIO, F. L. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. **RAP**, v. 39, n. 2, p. 401-420, 2005.
- ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panam Salud Publica**, v. 42, n. 1, 2018.
- 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**, n. 50, v. 20, p. 170 – 185, 2021.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, 2019.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-830.
- AQUINO, R. et al. Estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-695.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo: **Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Banco Mundial. 21 de setembro, 2022.

BARBOSA, A. C. Q. et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, n. 1, p. 1-8, 2018.

BBC NEWS. **Cinco pontos que marcaram os discursos de posse de Bolsonaro**. 2019. Disponível em: [Cinco pontos que marcaram os discursos de posse de Bolsonaro - BBC News Brasil](#). Acesso em: 23 de julho de 2022.

BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 188-202, 2018.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. 1980. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_anais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf). Acesso em 13 de março de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n° 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. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 14 de março de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em 14 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 13 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/30901900#:~:text=Norma%20revogada%20expressamente%20informa%C3%A7%C3%B5es%20em%20%22Normas%20posteriores%22.&text=Extingue%20e%20estabelece%20diretrizes%2C%20regras,colegiados%20da%20administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20federal>. Acesso em: 17 de agosto de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.

Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em 14 de março de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 20 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº95 de 26 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em 15 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html). Acesso em: 15 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em 14 de março de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº6286 de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec\\_6286\\_05122007.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf). Acesso em: 5 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 2 de março de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas



com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 14 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº12871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm). Acesso em 17 de agosto de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº86 de 17 de março de 2015**. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária. Disponível em: [Emenda Constitucional nº 86 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br). Acesso em: 23 de julho de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016**. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/113249.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113249.htm). Acesso em 15 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº1, 11 de maio de 2016**. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o ato das disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 2 de março de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm). Acesso em 15 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 2 de março de 2021.

BRASIL. **Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: [D9759 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br). Acesso em: 23 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº930 de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930\\_17\\_05\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html). Acesso em 17 de abril de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.795 de 17/05/2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/30951005#:~:text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,Superiores%20%2D%20DAS%20por%20Fun%C3%A7%C3%B5es%20Comissionadas>. Acesso em: 7 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 2 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3263 de 11 de dezembro de 2019**. Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2019/12/portaria3263.pdf-rn.pdf>. Acesso em 7 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29 de 16 de abril de 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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-29-de-16-de-abril-de-2020-252790187>. Acesso em 7 de outubro de 2022.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais Perto de Você**. Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 2021.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde na atual conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas frente nacional contra a privatização da saúde. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 35, 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.**, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020.

CARVALHO, M. F.; ANDRADE, C. S. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: dispositivo disciplinar na gestão. **Interface (Botucatu)**, v. 25, n.1, p. 1-14, 2021.

CARVALHO, P. A.; FORTES, S.; SPINETTI, S. R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitário de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 70-75, 2004.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, 2012.

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

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.4, p.693-705, 2010.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº407, de setembro de 2008**. Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Extraordinária nº 59, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016a.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária nº 278, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016b.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária nº 279, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016c.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária nº 281, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016d.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária nº 282, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016e.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária nº 283, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016f.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária nº 286, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016g.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 287, 2016, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2016h.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 290, 2017, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2017a.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 297, 2017, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2017b.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 314, 2019, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2019a.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 315, 2019, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2019b.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 320, 2019, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2019c.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 321, 2019, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2019d.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 322, 2019, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2019e.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 324, 2019, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2019f.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Ordinária n° 326, 2020, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2020a.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Reunião Extraordinária n° 64, 2020, Brasília. Ata de Reunião. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2020b.

COELHO, K. T. R. **Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil**: o novo modelo de financiamento da Atenção Primária a Saúde. 65 p. Monografia (especialização) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Curso de Especialização em Avaliação de Políticas Públicas, Brasília, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Manifesto em defesa do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**, 2015. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2015/11nov12\\_Manifesto\\_defesa\\_sus.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/11nov12_Manifesto_defesa_sus.htm) l. Acesso em 15 de abril de 2022.

CORTES, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009.

CÔRTEZ, S.V., org. **Participação e saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 208 p. ISBN 978-85-7541-346-3.

COSTA, A. M.; RIZZOTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS? **Saúde Debate**, v. 44, n. 125, p. 289-296, 2020.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.

CRUZ, A. C.; ALVES, M. Comissão intergestores regional em Minas Gerais: fatores que influenciam o processo decisório Regional. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 257-270, 2019.

CUNHA, E.S.M; ARAÚJO, C. E L. **Process tracing nas Ciências Sociais**: fundamentos e aplicabilidade. Brasília: Enap, 2018.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 1-7, 2020.

DE SETA, M. H. et al, Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, s.2, 2021.

DERMMAM, M. **A agenda (des)constituente do golpe de 2016**: um estudo das ameaças da Emenda Constitucional n. 95/2016 ao direito à saúde. Tesis de maestria, Flacso Brasil. 2019. 96p.

DUARTE, E. S. Avanços e Desafios do SUS: o papel do município e da academia. **Saúde e Sociedade**. V. 11, n. 1, p. 37-52, 2002.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.11, p. 4521-4530, 2020.

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

FERNANDES, C. M. et al. A Pós-verdade em tempos de Covid 19: o negacionismo no discurso de Jair Bolsonaro no Instagram. **Liinc Em Revista**, v. 16, n. 2, p. 1-18, 2020.

FIGUEIREDO, R. C. et al. Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. 1-18, 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-8, 2018.

GIOVANELLA, L. et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. x-x, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. Organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575- 625.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

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, 2022.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1661- 1374, 2020.

JALES, E. D.; JALES, R. D.; GOMES, J. G. N. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. **Revista Saúde & Ciências Online**, v. 6, n. 3, p. 77-97, 2017.

LARANJA, L. S. **Federalismo tridimensional**: gestão participativa do SUS: deliberação e democracia nas CIBS e CIT como instrumentos de gestão. 2018. 188 f., il. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LEANDRO, J. G.; MENICUCCI, T. M. G. Governança federativa nas políticas de saúde e assistência social: processo decisório nas Comissões Intergestores Tripartite (2009-2012). **Revista do Servidor Público**, v. 69, n. 4, p. 817-848, 2018.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, 1903-1914, 2012.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S. Médicos, política e sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 1-3, 2019.

LOPES, S. P. A. et al. Financiamento da atenção básica à saúde: análise de cadastro SISAB

- da região nordeste. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 20, n. 71, p. 263-273, 2022.
- MACINKO, J.; MEDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018.
- MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4 n. 1, p. 259-281, 2017.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 403-415, 2003.
- 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, 2020.
- MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.
- MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n.1, p. 38-51, 2018.
- MENDES, A. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. **Journal Management & Primary Health Care**, v. 9, n. 18, p. 1- 6, 2018.
- MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1. P. 224-243, 2018.
- MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, F.; ROA, A. C. (Organizadores). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Brasília, 2016. 139-168p.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n.103, p. 900-916, 2014.
- MENDES, A; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, v. 1, n. 1, p. 9-32, 2020.
- MENDES, G. G. O impeachment de Dilma Rousseff e a instabilidade política na América Latina: a aplicabilidade do modelo de Perez-Liñan. **Revista de Ciências Sociais**, v. 49, n. 1, p. 253-278, 2018.
- MENDES, K. M. C.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo programa Previne Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. 1-13, 2022.

MENEZES, A. P. R. et al. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**, v. 43, n. 5, p. 58-70, 2019.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 29-40, 2018.

MIRANDA, A. S.; MELO, D. A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p.2837-2848, 2016.

MOROSINI, M. V. C. et al. 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. 26, n. 1, 2021.

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, 2020.

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 Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTTA, L. C. S.; BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

MOURÃO NETTO, J. J. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, n. 1, p. 1-7, 2018.

NEVES, R. G. et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, p. 1-8, 2018.

OLIVEIRA, P. C. T. **Uma análise do início do Governo Bolsonaro à luz do conceito de presidencialismo de coalizão**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração Pública) - Escola de Administração de Brasília – EAB do Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP. Brasília, 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, p.15-35, 2014.  
PASQUALIN, N. E. Precarização da Atenção Básica no contexto de COVID-19. **Serviço Social em Perspectiva**, v. 6, n. 1, 2022.

PEREIRA, S. S. S. NOAS: houve impacto para o SUS? **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 1, p. 40-54, 2004.



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

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. o Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 903-1913, 2018.

PODER360. Canal no Youtube. Vídeo: **Discurso de Luiz Mandetta durante cerimônia de transmissão de cargo - 2.jan.2019**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-Fw7LLE81> U. Acesso em 23 de julho de 2022.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina**, v. 35, n. 1, p. 1-12, 2001.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **R. Katál.**, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018.

REIS, C. R.; PAIN, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 1, n. 58, p. 101-114, 2018.

REIS, et al., J. G. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

ROCHA, M. A. B. **Neoliberalismo, desigualdade e pandemia:** uma análise das implicações do ajuste fiscal estrutural para o agravamento da pobreza e da desigualdade social na pandemia da Covid-19 no Brasil (2020-2021). 2021. 100f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

ROSA, A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p.1027-1034, 2005.

SALES, O. P. et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p.3547-3552, 2015.

SANTOS, N. C. B.; GASPARINI, C. E. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 1, n. 31, p. 339-396, 2020.

SCHRAMM, W. Notes on case studies of instructional media projects. Working paper, the **Eric**, p. 1-43, 1971.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da

implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, s. 2, 2021.

SETA, M. H.; OCKE-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. 2, p.3781-3786, 2021.

SILVA, B. T. et al. Análise política da composição do Conselho Nacional de Saúde (2015/2018). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.1, 2019.

SILVA, E. N.; DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde debate**, v. 39, n. especial, p. 232-245, 2015.

SILVA, I. Desafios do financiamento da Atenção Primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 110-117, 2017.

SILVA, V. O. et al. O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. **Saúde Debate**, v.42, n. 117, p. 489-502, 2018.

SOARES, M. M. Desafios do Federalismo Brasileiro. **Em Debate**, Belo Horizonte, v.5, n.5, p.23-29, 2013.

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

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 1737-1750, 2018.

SOUZA, R. O. A Saúde no Brasil Recente: elementos da política de (não) enfrentamento à COVID-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.35, p. 36 a 52, 2021.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.2, p. 451-455, 2001.

TRAMPUSH, C.; PALIER, B. Between X and Y: how process tracing contributes to opening the black box of causality. **New Political Economy**, v. 21, n. 5, p. 437-454, 2016.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 127, p. 1-12, 2020.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 62, 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.