

Revisão crítica dos argumentos “oficiais” da nova alocação de recursos federais para Atenção Primária

Revisión crítica de los argumentos “oficiales” para la nueva asignación de recursos federales para la Atención Primaria

Critical review of the “official” arguments for the new federal resources allocation to Primary Care

Recebido: 07 jan 2023

Revisado: 19 jun 2023

Aceito: 26 jul 2023

Autor de correspondência

Joaquim Gabriel Andrade
Couto
joaquimgcouth@gmail.com

Como citar:

Couto JGA,
Mendes Á, Carnut L.
Revisão crítica dos
argumentos “oficiais” da
nova alocação de recursos
federais para Atenção
Primária
J Manag Prim Health Care.
2023;15:e009.
[https://doi.org/
10.14295/jmphc.v15.1293](https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1293)

Conflito de interesses:

Os autores declaram não
haver nenhum interesse
profissional ou pessoal que
possa gerar conflito de
interesses em relação a este
manuscrito.

Copyright:

Este é um artigo
de acesso aberto, distribuído
sob os termos da Licença
Creative Commons (CC-BY-
NC). Esta licença permite
que outros distribuam,
remixem, adaptem e criem a
partir do seu trabalho,
mesmo para fins comerciais,
desde que lhe atribuam o
devido crédito pela criação
original.



Joaquim Gabriel de Andrade COUTO⁽¹⁾
Áquilas MENDES^(1,2)
Leonardo CARNUT⁽³⁾

⁽¹⁾ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP. São Paulo, SP, Brasil.

⁽²⁾ Pontifícia Universidade Católica – PUC, Departamento de Economia. São Paulo, SP, Brasil.

⁽³⁾ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O primeiro ano do governo Bolsonaro foi marcado pela implementação do Programa Previne Brasil, que alterou de maneira significativa a forma de alocação de recursos destinados à Atenção Primária à Saúde – APS no Brasil. À frente desse processo esteve o médico Erno Harzheim, o qual atuou como Secretário de APS entre 2019 e 2020. Harzheim também produziu artigos científicos em defesa do novo modelo de financiamento da APS. Dessa forma, esse artigo tem como objetivo realizar uma revisão crítica dos argumentos utilizados pelo autor em defesa da nova forma de alocação de recursos federais à APS. Utilizou-se a revisão narrativa como método de pesquisa, tendo a estratégia de busca sido realizada no currículo do autor na Plataforma Lattes. A seleção dos artigos passou pelo protocolo PRISMA, resultando em um total de 10 artigos. Os principais argumentos apresentados por Harzheim abordam os conceitos de eficiência e equidade em uma perspectiva neoclássica e utilitarista, demonstrando que as mudanças recentes na APS estão alinhadas com os avanços neoliberais no campo da saúde, abrindo espaço para a entrada do setor privado nos serviços de APS do Brasil. Assim, o novo modelo propõe uma APS orientada por uma perspectiva focalizadora, neoseletiva e de caráter mercadológico.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde; Economia e Organizações de Saúde.

Resumen

El primer año del gobierno Bolsonaro fue marcado por la implementación del *Programa Previne Brasil*, que cambió significativamente la asignación de recursos para la Atención Primaria de Salud – APS en Brasil. Al frente de este proceso estaba el médico Erno Harzheim, quien se desempeñó como secretario de la APS entre 2019 y 2020. Harzheim también produjo artículos científicos en defensa del nuevo modelo de financiamiento de la APS. Así, este artículo tiene como objetivo realizar una revisión crítica de los argumentos utilizados por el autor en defensa de la nueva forma de asignación de los recursos federales a la APS. Se utilizó como método de investigación la revisión narrativa, siendo la estrategia de búsqueda realizada en el currículum del autor en la Plataforma Lattes. La selección de artículos pasó por el protocolo PRISMA, resultando un total de 10 artículos. Los principales argumentos presentados por Harzheim abordan los conceptos de eficiencia y equidad en una perspectiva neoclásica y utilitarista, demostrando que los cambios recientes en la APS están en línea con los avances neoliberales en el campo de la salud, abriendo espacio para la entrada del sector privado en los servicios de APS en Brasil. Así, el nuevo modelo propone una APS guiada por una perspectiva focalizadora, neoselectiva y de mercado.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Financiación de los Sistemas de Salud; Asignación de Recursos para la Atención de Salud; Economía y Organizaciones para la Atención de la Salud.

Abstract

Bolsonaro's government first year was marked by the implementation of *Previne Brasil Program*, which significantly changed the resources allocation strategy to Primary Health Care – PHC in Brazil. Erno Harzheim was at the forefront of this process, who acted as PHC Secretary between 2019 and 2020. Harzheim also produced scientific papers in defense of the new PHC funding model. Thus, this article aims to carry out a critical review of the arguments used by that author in defense of the new federal resources' allocation strategy to PHC. It was used a narrative review as research method, and the searching strategy was carried out in the author's curriculum on Lattes Platform. The selection of articles went through PRISMA protocol, resulting in a total of 10 articles. The main arguments presented by Harzheim talk about the concepts of efficiency and equity in a neoclassical and utilitarian perspective, demonstrating that the recent changes in PHC are aligned to the neoliberal advances in health field, which opens space to the penetration of private sector into Brazilian PHC. In this way, there is a PHC's proposal guided by a focusing, neo-selective and market perspective.

Descriptors: Primary Health Care; Health System Financing; Health Care Rationing; Health Care Economics and Organizations.

Introdução

A temática da Atenção Básica – AB no Brasil é palco de debates há muito tempo, no entanto, diante das reviravoltas da última década no contexto político brasileiro, tem-se percebido um acirramento nas discussões em volta desse nível de atenção, especificamente denominando-o como atenção primária. A intensificação desse debate aconteceu a partir das explícitas mudanças político-ideológicas realizadas pelo Ministério da Saúde – MS após o Golpe de Estado de 2016, que depôs a presidente Dilma Rousseff. Com a entrada de Michel Temer na presidência, pode-se notar que a AB, mais do que nunca, passou a ser alvo de alterações que visam descaracterizá-la em seu potencial de ação.^{1,2}

Em um contexto de crise estrutural do capitalismo, percebe-se um evidente avanço das forças neoliberais e conservadoras no Brasil, com adoção de políticas de austeridade

que operam o desmantelamento da seguridade social. Apesar da retórica neoliberal de redução da intervenção estatal na economia, o que tem se percebido é uma presença específica do Estado na economia, assegurando a apropriação do fundo público pelo capital portador de juros, na sua forma mais perversa – o capital fictício –, de modo a manter a sua própria valorização. Nessa fase do desenvolvimento do capitalismo contemporâneo, temos visto que a aliança entre o capital e o Estado segue avançando sobre as políticas sociais, agravando-se, principalmente, após a promulgação da Emenda Constitucional – EC 95/2016,³ que altera o regime fiscal brasileiro, limitando a expansão dos gastos públicos com despesas primárias por 20 anos.⁴

A ofensiva neofascista no Brasil culminou na eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018, que uniu setores da burguesia brasileira dos campos conservador e liberal. O terreno já vinha sendo preparado para que se operassem contrarreformas (trabalhista e previdenciária), que somadas à EC 95/2016³ atacaram o incipiente Estado social brasileiro, e, conseqüentemente, afetaram a vida da classe trabalhadora.⁵ No campo da saúde, sob a premissa de compor um ministério **técnico**, o governo Bolsonaro alocou o médico Luiz Henrique Mandetta como ministro da saúde, que em seu currículo carrega a presidência de uma das maiores operadoras de planos de saúde do Brasil, e que, enquanto deputado federal, foi favorável ao novo regime fiscal instituído pela EC 95/2016,³ que afeta diretamente os investimentos em saúde.

Nessa conjuntura, a nova composição do MS encontrou terreno fértil para a implementação de mudanças baseadas nos ditames do Banco Mundial – BM uma vez que essa organização internacional já havia publicado em 2017 um relatório no qual indicava que o Brasil estaria gastando muito em saúde pública, enfatizando que o **atendimento primário** teria baixo desempenho, o que demandaria alterações nas formas de alocação de recursos e de gestão para combater a sua **ineficiência econômica**.⁵ Assim, em meados de 2019, uma proposta de mudança no financiamento da AB foi apresentada por gestores da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS, do MS durante o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, e seguiu sem nenhuma apresentação oficial aberta ao debate público, desconsiderando até mesmo solicitações do Conselho Nacional de Saúde – CNS para maiores explicações e discussão acerca do modelo proposto, passando por cima da diretriz da participação social no Sistema Único de Saúde – SUS.^{6,7}

Lançada em novembro de 2019, a Portaria n. 2.979 instituiu o Programa Previne Brasil,⁸ que altera de forma substancial a maneira de realizar os repasses financeiros para a AB. O programa extingue a única forma de repasse intergovernamental de base populacional o Piso da Atenção Básica – PAB - fixo, orientando que o financiamento seja baseado em três componentes: a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas.⁶

Diante dessa importante mudança na alocação dos recursos federais destinados aos municípios para o financiamento de uma política responsável pela expansão do acesso à saúde da população brasileira, esse artigo tem como objetivo promover uma revisão crítica sobre os argumentos apresentados na literatura científica pelo secretário da APS do MS (2019–2020) Erno Harzheim, a respeito das alterações na forma de alocação de recursos federais à APS, intitulado Programa Previne Brasil. Buscou-se, portanto, elaborar uma revisão sistematizada dos artigos científicos produzidos pelo autor, a fim de evidenciar os argumentos utilizados pela defesa das modificações introduzidas na política da APS, destacando-se as alterações realizadas na forma de alocação de recursos federais à APS. A partir disso, objetivou-se discutir criticamente os principais aspectos levantados nos artigos incluídos na revisão.

A decisão de pesquisar especificamente a produção científica de Harzheim se deu tendo como base sua forte articulação na implantação do Programa Previne Brasil. O autor se fez presente na produção acadêmica com trabalhos em defesa do programa durante o período estudado, atuando institucionalmente no MS e, concomitantemente, produzindo conteúdo para revistas científicas reconhecidas no campo da Saúde Coletiva, sempre em defesa da nova forma de alocação de recursos para APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo bibliográfico da literatura científica, utilizando a revisão narrativa como método, em uma perspectiva crítica, com um desenho de pesquisa sistematizado em quatro etapas: a elaboração da pergunta de pesquisa, seguida pela busca do material na literatura, a coleta dos dados dos estudos incluídos, finalizando com a análise crítica dos estudos utilizados. As etapas serão explicitadas a seguir, conforme a Figura 1.

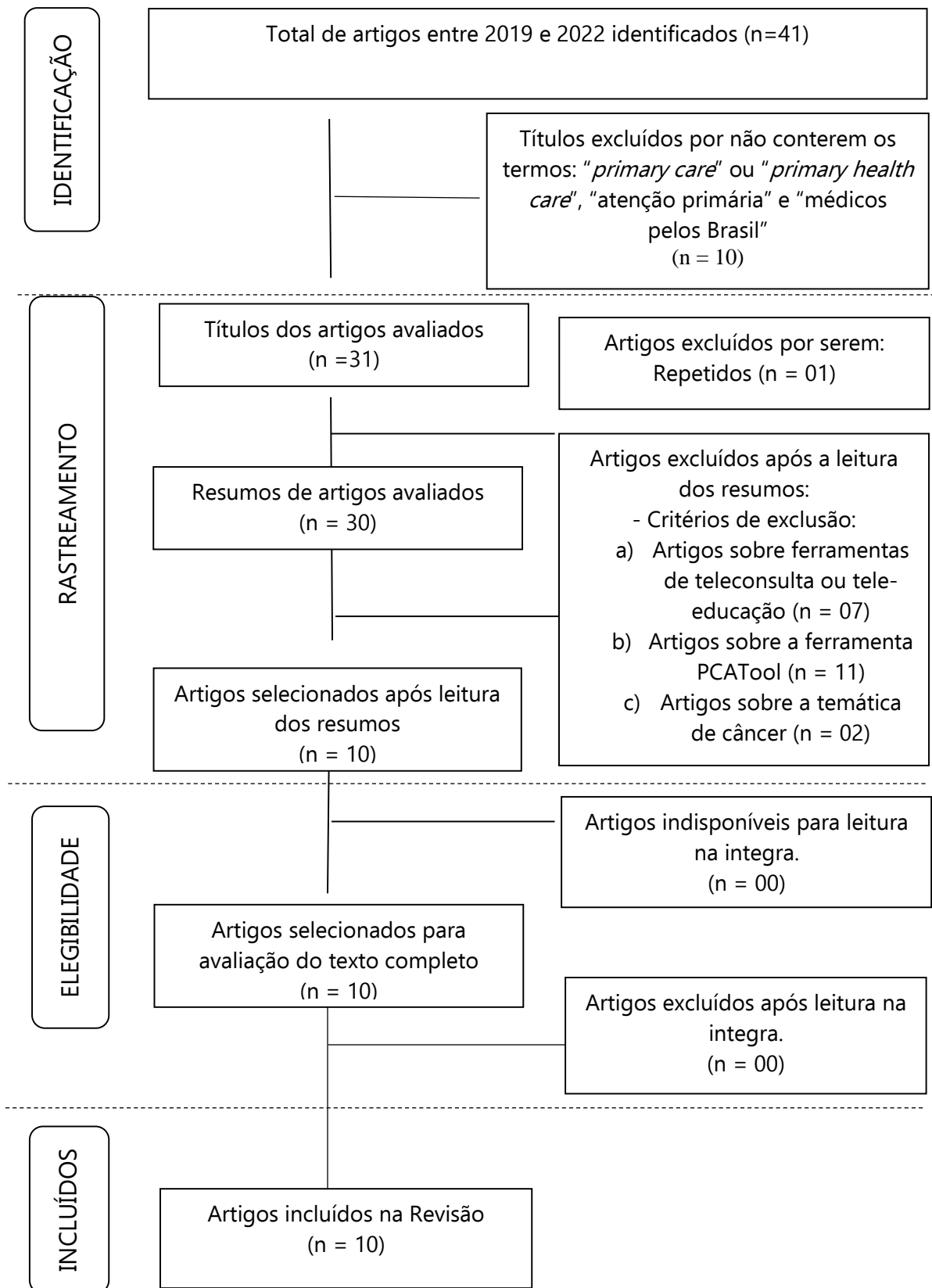


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

1) Elaboração da pergunta de pesquisa:

Tendo em vista as recentes mudanças no âmbito da APS no Brasil, mais especificamente durante o governo Bolsonaro (2019–atual), sentiu-se a necessidade de investigar as motivações que levaram as decisões políticas de alteração no modelo de financiamento vigente até então. Com a intenção de encontrar os principais argumentos em prol dessa mudança, optou-se por realizar uma pesquisa focada em um dos seus principais defensores, o médico Erno Harzheim, o qual esteve no cargo de secretário de APS no MS entre maio de 2019 e abril de 2020.

Harzeim⁹ atuou como Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018. Em 2019, já no MS, atuou como Secretário de Gestão Estratégica e Participativa de janeiro a maio de 2019, Secretário Executivo Substituto de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 e Secretário de Atenção Primária à Saúde de maio de 2019 a abril de 2020, quando após saída de Henrique Mandetta da pasta, foi exonerado do cargo em portaria assinada pelo Ministro Chefe da Casa Civil Walter Souza Braga Netto. Após sua exoneração do cargo de secretário de APS no MS, Harzheim assumiu o cargo de gestor de APS em uma rede de clínicas privadas de saúde no Rio Grande do Sul, além de também ter sido consultor do BM entre 2020 e 2021. No campo da pesquisa, atua como professor associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da mesma instituição.⁹

Definida a ideia principal da pesquisa, formulou-se a seguinte pergunta: “Quais os argumentos apresentados na literatura científica pelo secretário de APS do MS Erno Harzheim (2019–2020) a respeito do novo modelo de alocação financeira da AB no SUS?”.

2) Busca de materiais na literatura:

Com base na pergunta de pesquisa centrada na produção científica de um único pesquisador (Erno Harzheim), determinou-se a busca pelos trabalhos publicados por ele entre os anos 2019 e 2022, os quais foram levantados em seu currículo na Plataforma Lattes. A escolha do sistema Lattes se deu levando em consideração o fato de ser uma plataforma mantida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, que há mais de 20 anos integra dados curriculares de pesquisadores de todo o país. Ao se considerar que os currículos são atualizados pelos próprios pesquisadores, utilizou-se como ponto de partida da busca a atualização realizada pelo pesquisador em 05 de fevereiro de 2022, na qual ele informa que possui um total de 111 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais (como autor e/ou coautor) e tem a autoria de sete livros e 21 capítulos de livros. Considerando a produção científica entre 2019 e 2022,

o autor informa a publicação de 41 artigos como autor e/ou coautor, os quais são tomados como base para essa revisão, conforme indicado na Figura 1.

Em seu currículo, foi executada uma busca pelos termos "*primary care*, *primary health care*", e "atenção primária" entre os títulos dos artigos, considerando que o pesquisador publicou artigos em português e inglês. Além disso, utilizou-se também o termo "médicos pelo Brasil", uma vez que o Programa Médicos pelo Brasil – PMB foi instituído junto da criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps, e se soma às discussões sobre as mudanças na política de AB no Brasil.

Nessa busca a partir dos termos selecionados ("*primary care* ou *primary Health care*", "atenção primária" e "médicos pelo Brasil") entre os títulos dos artigos foram encontrados um total de 31 artigos, sendo que: 19 deles continham o termo "*primary care*", ou "*primary health care*", ou a variação "*primary healthcare*", 11 incluíam o termo "atenção primária", e apenas um utilizava o termo "médicos pelo Brasil". Na primeira etapa um artigo foi excluído por ser informado em duplicidade na plataforma. Na segunda etapa de seleção foi realizada a leitura dos resumos dos 30 artigos, e a partir disso foram aplicados os critérios de exclusão indicados a seguir, os quais levaram em consideração a pergunta de pesquisa dessa revisão.

Entre os artigos excluídos, sete deles foram excluídos por tratarem especificamente da temática de ferramentas de teleconsultas ou tele-educação; 11 artigos que abordam especificamente uma ferramenta de avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (*Primary Care Assessment Tool* – PCATool) foram excluídos pois, apesar de abordarem a temática da APS, não dialogavam com a pergunta de pesquisa; ainda, foram excluídos dois artigos cujo tema central eram câncer de boca e ações de prevenção ao câncer na APS. Após esse processo, restaram um total de 10 artigos considerados incluídos para essa revisão, sendo que todos abordavam especificamente as recentes mudanças no âmbito da AB no Brasil.

Resultados e Discussão

A revisão aglutinou um total de 10 artigos lidos na íntegra, todos disponíveis em plataformas de acesso aberto e em língua portuguesa. Os artigos foram organizados no Quadro 1, que identifica os autores, ano de publicação, título, objetivos e os principais pontos levantados a partir das categorias de análise. Desses, sete foram publicados na "Revista Ciência e Saúde Coletiva", dois na "Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade", e um na "Revista Panamericana de Saúde Pública". Harzheim assina como primeiro autor em quatro dos artigos e é o único autor em um deles, aparecendo como

coautor nos outros cinco artigos. Ainda, em seis dos 10 artigos, Harzheim tem como vínculo institucional a Secretaria de APS do MS, e nos demais a UFRGS.

Os resultados e discussão dessa revisão crítica estão articulados em duas abordagens de análise: 1) abordagem sobre a concepção de APS, e 2) abordagem sobre as justificativas para a nova forma de alocação de recursos (Quadro 1).¹⁰⁻¹⁹

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos na revisão: artigos, objetivos e abordagens de análise

Artigo/Ano	Objetivos	Uma concepção de APS*	Argumentos de uma narrativa
Reis JG, Harzheim E , Nachif MCA, Freitas JC, D'Avilla O, Hauser L, <i>et al.</i> Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Cien Saude Colet. 2019. ¹⁰	Apresentar as mudanças realizadas com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.	Modelo orientado pelos atributos da APS*: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.	1) Necessidade de repensar o financiamento, sendo ele baseado em resultados em saúde e eficiência, monitorado por indicadores. 2) Estimular a responsabilização e resolutividade. 3) Novo financiamento em consonância com a diretriz de equidade da LC 141/2012**. 4) Aprimorar a alocação de recursos (mais eficiente e efetiva).
Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E . Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev panam. salud pública. 2020. ¹¹	Elaborar recomendações estratégicas para fortalecer a atenção primária à saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS)** no Brasil a partir da consulta a especialistas.	Uma APS que siga os atributos essenciais definidos por Starfield (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação).	1) Aumentar a eficiência do gasto em saúde. 2) Financiamento articulado ao monitoramento e à avaliação de qualidade das equipes. 3) Financiamento com mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
Harzheim E , Santos CMJ, D'Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do	Apresentar as principais propostas governamentais no âmbito da APS desde 2019.	Sistema de saúde orientado pela APS e seus atributos essenciais.	1) Reforma do Estado brasileiro. 2) Ênfase no aumento de serviços e foco nos resultados, com qualidade, transparência e equidade. 3) Disfuncionalidade do SUS -qualidade heterogênea da APS, resolutividade limitada, baixa incorporação tecnológica, ausência de mecanismos de coordenação, dificuldade de

Artigo/Ano	Objetivos	Uma concepção de APS*	Argumentos de uma narrativa
Programa de Saúde da Família. Rev Bra Med Fam Comunidade. 2020. ¹²			acesso. 4) Esgotamento do antigo modelo. 5) Modelo misto utilizado em outros países com sistemas universais.
Harzheim E , Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller LA, Marques MC, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. Cien Saude Colet. 2020. ¹³	Apresentar as ações de combate ao COVID-19 no âmbito da APS.	APS com papel crucial na organização e coordenação do cuidado no enfrentamento à Covid-19 no Brasil.	Não aborda especificamente o novo modelo de financiamento. Cita o Programa Previne Brasil, porém não traz argumentação sobre a necessidade de alteração na forma de alocação de recursos.
Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E , Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Cien Saude Colet. 2020. ¹⁴	Apresentar a seleção de indicadores do Programa Previne Brasil e um modelo de avaliação da APS.	APS organizada sob a lógica de seus atributos essenciais.	1) Financiamento que valorize o desempenho, qualidade e satisfação dos usuários. 2) Melhor eficiência no investimento público e serviços. 3) Aumentar transparência dos processos de monitoramento e avaliação. 4) Importância de medir o desempenho
Harzheim E , D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, et al. Novo financiamento para	Apresentar o novo modelo de financiamento da APS.	Atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação,	1) Induzir as equipes a trabalhar com maior responsabilização pela população adscrita. 2) Cadastro ponderado para aproximação do princípio da equidade. 3) Busca pela

Artigo/Ano	Objetivos	Uma concepção de APS*	Argumentos de uma narrativa
uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Cien Saude Colet. 2020. ¹⁵		orientação comunitária e familiar, competência cultural.	equidade, técnica, base científica e sensibilidade política.
Cunha CRH, Harzheim E , Medeiros OL, D'Avilla OP, Martins C, Wollmann L, et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. Cien Saude Colet. 2020. ¹⁶	Apresentar o processo de construção da Carteira de Serviços da APS.	Atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade.	Financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência.
Harzheim E. "Previne brasil": bases da reformada atenção Primária à saúde. Cien Saude Colet. 2020. ¹⁷	Artigo de debate em resposta ao artigo de Massuda A. "Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?"	Retorno à origem da APS, ao princípio inerente da atenção primária e da medicina de família e comunidade: centralização nas pessoas, responsabilização real pelos indivíduos e comunidades, em seu contexto e sua singularidade	1) Proposta de radicalização dos atributos da APS. 2) Adscrição das pessoas como forma de tornar o planejamento e alocação mais transparentes. 3) Equilíbrio do financiamento, redução das distorções e produção de equidade. 4) Responsabilização pelas pessoas cadastradas. 5) Equidade. 6) Necessidade de um modelo que efetive o acesso e produza resultados. 7) Financiamento proporcional baseado em desempenho.
Wollmann L, Pereira D'Avila O, Harzheim E . Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. Rev Bra Med Fam Comunidade. 2020. ¹⁸	Apresentar o Programa Médicos Pelo Brasil.	Uma APS composta por profissionais qualificados, com formação voltada ao trabalho na APS.	O PMB**** seria uma forma de equacionar os princípios de equidade e meritocracia

Artigo/Ano	Objetivos	Uma concepção de APS*	Argumentos de uma narrativa
Harzheim E, D'Avila OP, Pedebos LA, Wollmann L, Costa LGM, Cunha CRH, et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. Cien Saude Colet. 2022. ¹⁹	Apresentar os primeiros resultados do Programa Previne Brasil.	APS organizada sob a lógica de seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado.	1) Maior direcionamento para o alcance de resultados em saúde e equidade. 2) Dificuldade de atingir bons indicadores. 3) Limitada capacidade de incorporar tecnologias. 4) Baixa produtividade.

Fonte. Elaborado pelos autores (2022).

Nota: *APS: Atenção Primária à Saúde.; **LC: Lei Complementar; ***SUS: Sistema Único de Saúde; **** PMB: Programa Médicos pelo Brasil.

Abordagem sobre a concepção de APS

A argumentação de Harzheim gira em torno dos chamados **atributos essenciais** da APS, descritos por Bárbara Starfield.²⁰ Segundo essa autora, a APS deve ser orientada por quatro atributos principais, sendo eles: a) atenção ao primeiro contato, a qual está vinculada a questão da acessibilidade percebida pelos usuários; b) longitudinalidade, que é avaliada pelo uso dos serviços ao longo do tempo, tratando-se da criação de vínculo entre profissionais e usuários; c) integralidade, que trata da possibilidade dos usuários receberem todos os tipos de serviços necessários, ainda que isso implique no encaminhamento para outros níveis de atenção; d) coordenação da atenção, ligada à continuidade do cuidado.²⁰

Em nove^{9-17,19} dos dez artigos analisados, Harzheim e os demais autores fazem referência direta aos atributos da APS. Em artigo de 2019.¹⁰ cujo tema central tratava sobre a criação da SAPS no MS, os autores apresentam os principais projetos de mudança no âmbito da APS brasileira: um novo modelo de financiamento, a carteira de serviços e o PMB, traçando como principal desafio a organização e financiamento da APS, tendo como norte seus atributos essenciais.¹⁴ Ainda, muito se utilizou desses atributos como argumentação em defesa das mudanças recentes na APS brasileira, uma vez que a reforma em direção a uma **nova APS** com um novo financiamento seriam formas de se alcançar a realização desses atributos.^{10,12,15,17}

No entanto, faz-se necessário pontuar que todo o debate que envolve a APS nos remete à Declaração de Alma-Ata,²¹ de 1978, a qual discorria sobre um modelo de atenção à saúde baseado no conceito de “cuidados primários de saúde”, que se referia às práticas de saúde colocadas em contato direto com as famílias das diferentes comunidades. Essa concepção apresentada em Alma-Ata era atravessada pelos debates sobre a determinação social do processo saúde-doença, demonstrando um posicionamento crítico ao modelo biomédico hegemônico de pensar o adoecimento das populações. Dessa forma, a proposta de APS naquele momento não deixava de ter certa radicalidade na maneira de conceber a saúde, uma vez que vinculava a saúde das populações ao desenvolvimento político e econômico dos países, entendimento esse que foi apropriado, interpretado e difundido a partir das especificidades de cada nação.¹

A noção de cuidados primários de saúde, ao trazer consigo o debate (ainda que de certa forma implícito) sobre o processo saúde-doença como socialmente determinado, ia de encontro ao avanço do neoliberalismo no mundo ocidental, e toda a sua radicalidade foi sendo esvaziada ao longo dos anos, culminando no conceito de atenção primária (AP) de Starfield²⁰ na década de 1990, a qual partia de uma concepção de APS fruto das influências de organizações internacionais. Ainda assim, no contexto da América Latina, a concepção da determinação social da saúde se fez bastante presente na construção epistemológica da Saúde Coletiva, norteando os debates em torno do direito à saúde que constituíram a Reforma Sanitária Brasileira – RSB em meio ao autoritarismo da ditadura militar.¹

Nesse contexto, a construção da ideia de APS no Brasil foi marcada pela disputa entre dois campos: de um lado, a corrente funcionalista, a qual utilizava a noção de AP de forma acrítica a todo o seu esvaziamento conceitual, enquanto por outro lado, havia um campo mais progressista, que pautava a apropriação do conceito de APS em sua concepção original. Entre os avanços de órgãos internacionais, como o BM, nas decisões políticas no Brasil, e os enfrentamentos travados pelo movimento da RSB, construiu-se AB, adotando o termo “básica” como forma de marcar o posicionamento político-ideológico contra hegemônico brasileiro, que recusava a denominação utilizada por órgãos internacionais.^{22,23} Dessa maneira, a concepção de AB é fruto de uma construção singular, que coloca em evidência um movimento de recusa à simples apropriação do conceito de AP, levando em consideração as especificidades brasileiras.¹

Em 2019, notou-se uma evidente escolha de Harzheim e seus colaboradores, que optam por utilizar uma concepção de APS que desconsidera todo o processo histórico de construção da noção de AB no Brasil. Essa escolha fica evidenciada quando em seus escritos, o autor faz referência direta às orientações do BM, como em: “Além do desafio

em aumentar a efetividade da APS no SUS, sua eficiência também preocupa. Em estudo do Banco Mundial foi observado que o nível de eficiência da atenção primária à saúde (APS) estava em torno de 60%".^{15, p. 1362} Este se baseia em modelos de APS internacionais como referência para efetuar as mudanças recentes na APS brasileira. Harzheim *et al.*¹⁵ indicam que:

O Brasil optou pelo modelo misto de financiamento da APS. Assim como Reino Unido, o modelo envolve capitação ponderada, pagamento por desempenho e pagamento para oferta de serviços específicos. No modelo saxão a capitação ponderada representa 52% do volume do financiamento e o pagamento por desempenho 14%; no modelo brasileiro a capitação ponderada é de 52% e o pagamento por desempenho 9% para o orçamento de 2020.^{15, p. 1371}

Assim, Harzheim *et al.*¹⁵ marcam uma preferência conceitual: vinculam-se a uma concepção de APS internacional em detrimento da construção nacional que foi o conceito de AB no Brasil, inscrita na própria legislação que definiu a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB em 2006. De outro modo, fazem referência ao conceito de AP como resultado de um processo sistemático de esvaziamento conceitual desde Alma-Ata, uma concepção cooptada por organizações internacionais, que em meio ao avanço das políticas neoliberais, propunham uma AP seletiva e focalizada, contradizendo o ideário da universalidade que marcava a Carta de Alma-Ata.²⁰

Abordagem sobre as justificativas para a nova forma de alocação de recursos

O primeiro ano do governo Bolsonaro foi marcado pela importante mudança na forma de alocação de recursos financeiros destinados à APS. Ainda em 2019, Harzheim *et al.*¹⁰ publicaram um artigo comentando sobre os projetos de mudanças no âmbito da APS que viriam no bojo da criação da SAPS. Diante desse cenário restritivo não contextualizado, os autores apontam a necessidade de se repensar o financiamento da APS, já que consideram que o modelo que garantia um valor fixo *per capita* havia chegado ao seu "limite".¹⁰

Com isso, a ideia do Programa Previne Brasil fez suas primeiras aparições no meio acadêmico, já apontando para sua principal característica: a capitação ponderada, como pode-se ver no trecho a seguir: "um dos indicadores propostos para o novo financiamento da APS valorizará o pagamento por cadastro individual único de pessoa adscrita e responsabilizada à equipe".^{10, p. 3460} A proposta de pagamento por desempenho também é abordada nesse mesmo trabalho, sendo tratado como uma maneira de monitorar os resultados das equipes de saúde: "Além disso, esse modelo permitirá um monitoramento mais rigoroso dos resultados obtidos por cada equipe de Saúde da Família frente aos

principais agravos em saúde, possibilitando pagamento por desempenho de cada meta clínica alcançada”.^{10, p. 3460} A noção de estagnação econômica reaparece no fim do artigo, de forma acrítica, demonstrando uma posição de resignação dos autores diante dos recursos escassos, uma vez que segundo a posição deles: “antes da Saúde pleitear novos recursos, há que se alocar com melhor eficiência os recursos hoje existentes”.^{10, p. 3462}

É notório que não faz parte da discussão de Harzheim *et al.*¹² o histórico subfinanciamento do SUS, uma vez que para esse autor, pautar a ampliação do investimento seria um equívoco:

A discussão permanente sobre o subfinanciamento do SUS não faz parte desta análise, nem das definições políticas tomadas, visto que vivemos na maior crise econômica da história da República Brasileira e aumentar o emprego de recursos públicos, neste momento, seria um erro frente à sociedade atual, um equívoco ainda mais grave frente à herança que deixaremos às gerações futuras.^{12, p. 2}

Essa posição é reafirmada quando, ao defender uma reforma da APS, Harzheim e colaboradores explicitam os princípios que motivaram as decisões da SAPS: uma visão contemporânea, democrática e liberal de reforma do Estado brasileiro. Sendo assim, apresentar o Programa Previne Brasil enquanto uma proposta de reforma da APS vem no bojo de uma dinâmica liberal de contrarreformas do incipiente Estado Social brasileiro, em que as políticas austeras atacam os direitos sociais, ao mesmo tempo em que se incentiva um modo de operar baseado na lógica de mercado. Desse modo, o Programa Previne Brasil aponta para uma APS orientada pelo princípio do gerencialismo:

Os princípios orientadores desta visão são o livre-arbítrio, a subsidiariedade, a autonomia da gestão municipal, uma menor regulação e planificação central, a diminuição de barreiras normativas, a valorização da criatividade e do empreendedorismo, a ênfase no aumento da produção de serviços e o foco total nos resultados e na qualidade do serviço prestado. Cada real coletado de impostos tem que se traduzir em serviços de qualidade para o cidadão ou, caso contrário, este imposto deve deixar de existir.^{12, p. 2}

Para esses autores, a mudança no modelo de financiamento se apresenta como alternativa de gestão dos recursos que são escassos. Tal escassez aparece como uma realidade pronta, como se ela não fosse um produto do subfinanciamento estrutural do SUS, que em seus pouco mais de 30 anos vem sendo alvo de mecanismos que retiram recursos essenciais para seu funcionamento. Sabe-se que essa restrição orçamentária se dá como reflexo das políticas neoliberais que avançam contra os fundos públicos, e resultam em perdas de grandes montantes de recursos. Aceitar de forma acrítica uma conjuntura de

restrição significa normalizar dispositivos como a Desvinculação das Receitas da União – DRU, responsável por retirar uma fatia significativa do Orçamento da Seguridade Social – OSS para pagamento de juros da dívida pública, as renúncias e concessões fiscais no âmbito da saúde, ou ainda a própria EC 95³ e seus efeitos no gasto público em saúde.²⁵

Enquanto os mecanismos que promovem o subfinanciamento crônico do SUS não fazem parte do debate de Harzheim *et al.*, a influência do BM na argumentação é bastante presente. Desde 2017, o BM lança documentos afirmando que o Brasil possui um gasto excessivo em saúde pública, enfatizando que há um baixo desempenho em “atendimentos primários”.⁵ O BM é utilizado como referência na narrativa em defesa do Previne Brasil:

Por outro lado, há necessidade de aumentar a eficiência do gasto em saúde a fim de garantir que novos recursos signifiquem respostas efetivas as necessidades em saúde da população e não, apenas, mais gasto sem resultados concretos. Estudos do Banco Mundial apontaram oportunidades para aperfeiçoar a gestão do SUS e aumentar a eficiência no uso de recursos públicos. Entre as propostas, sugeriram-se a expansão da cobertura de APS e o fortalecimento de seu papel de porta de entrada do sistema de saúde; o desenvolvimento de redes integradas de atenção à saúde; e a implantação de novos arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência de provedores.^{11, p. 2}

Em 2019, mesmo ano em que aconteceu a mudança na forma de alocação dos recursos da APS no Brasil, o BM lançou um documento com propostas de reformas do SUS brasileiro, no qual aponta para mecanismos de reformas no financiamento do SUS, incluindo-se a capitação ponderada e o pagamento por desempenho, que fazem parte do modelo definido pelo Previne Brasil.^{26,27} A influência do BM na política de saúde brasileira encontrou terreno fértil no governo Bolsonaro, já que a composição do MS trouxe toda a conjuntura necessária para a assimilação de seus ditames, culminando em uma alteração na forma de alocação de recursos de forma bastante acelerada. Segundo Harzheim *et al.*, a determinação de um novo modelo de financiamento da APS brasileira teve o envolvimento de mais de 60 pessoas vinculadas à SAPS, tendo apoio técnico do BM, da Universidade de Harvard, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e da UFRGS.¹⁵

A argumentação em defesa do Programa Previne Brasil é caudatária de uma narrativa que trata de um SUS ineficiente, vinculada à tese do BM de que o SUS já gastaria o suficiente, bastando apenas a otimização desse gasto.²⁸ Um dos argumentos de Harzheim para a adoção de um novo modelo de financiamento gira em torno da ideia de uma alocação com melhor “eficiência”, notadamente guiada pelos ditames do BM.^{10,15-17} A argumentação em torno de um SUS ineficiente parte de indicações do BM de que o Brasil

gastaria muito com saúde pública, pois o gasto em relação ao PIB do Brasil se aproxima do gasto médio entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE.⁵ Todavia, ainda que o gasto em saúde no Brasil seja próximo ao de países da OCDE, quando analisado o gasto público em relação ao PIB, percebe-se que o Brasil tem um gasto muito inferior a esses mesmos países, havendo até mesmo uma inversão, na qual o gasto privado passou a ser superior ao público. Além disso, a EC/95³ impôs uma tendência de queda na fatia do gasto público em saúde, colocando em risco a sustentabilidade do SUS.^{4,25,29}

Assim, a ideia de eficiência pautada pelo BM e seguida por Harzheim se vincula a uma perspectiva neoclássica puramente econométrica, na qual se busca o menor custo para o máximo de resultados possíveis. Com isso, ignora-se que o subfinanciamento crônico e a redução do investimento público em saúde colocam em risco a manutenção de um sistema universal que supra as necessidades em saúde de toda a população. No campo da economia da saúde, é necessário que o conceito de eficiência seja utilizado de forma fundamentada, onde a eficiência se soma à eficácia e à efetividade, não operando apenas como uma simples importação de mecanismos de mercado para o setor público. Quando alinhada às necessidades em saúde, a eficiência não precisa indicar necessariamente o quanto pode ser produzido com os recursos existentes, como argumenta Harzheim, mas pode inclusive demonstrar a urgência em ampliar os recursos para atingir os resultados almejados.^{28,30}

Quando sugere que a saúde deve alocar de forma mais “eficiente” os recursos, antes de buscar o aumento desses, Harzheim *et al.*¹⁰ apresentam a restrição orçamentária de forma fatídica. No entanto, em suas publicações fica evidenciada a sua posição em consonância com as reformas neoliberais no campo das políticas sociais em sintonia com a lógica do mercado:

Como o livre-arbítrio é princípio inerente e fundamental de uma democracia liberal, a definição política proposta pelo Ministério da Economia está presente no componente de capitação ponderada. Quanto melhor for o trabalho de determinada equipe de Saúde da Família, mais procurada ela será, e mais fácil será o alcance dos parâmetros de cadastramento, fato que gerará um processo de competição virtuosa por mais pessoas vinculadas às equipes, especialmente as mais vulneráveis.^{12, p. 9}

A penetração do discurso neoliberal no campo da saúde é notável quando se fala em uma APS que não é mais centrada na comunidade e na coletividade, mas no indivíduo. Ou ainda quando se importa a noção de competição advinda do mercado para o sistema

público de saúde, implementando um modelo de APS inspirado na lógica de mercado, estimulando um SUS operacional.²⁷

A capitação ponderada é apresentada como um componente do financiamento que considera a quantidade de pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ponderadas por critérios de seletividade, sendo eles: vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e ajuste de distância.¹⁵ Harzheim *et al.*¹⁵ apresentam a capitação ponderada como uma ferramenta que aproxima a APS do princípio da equidade, pois ponderam positivamente os mais vulneráveis socialmente, os idosos e as crianças.¹⁵ Dessa maneira, Harzheim *et al.*¹⁵ se utilizam do conceito de equidade para incluir uma ponderação individual e geográfica como fator determinante do financiamento da APS, sem que haja uma sustentação teórica acerca desse conceito que é bastante polissêmico e atravessado por debates. A equidade, para esses autores, pode se referir a um sentido individual e contextual, quando falam em repassar mais recursos aos municípios mais pobres e remotos:

[...] caminho para a equidade no sentido individual e contextual (município). Repassar mais recursos para equipes e municípios que se responsabilizam por extremos de idade que necessitam de um maior cuidado em saúde, repassar mais recursos para populações socioeconomicamente vulneráveis e repassar mais recursos para municípios mais pobres e remotos contribui para a equidade, mantendo o princípio da universalidade. Só teremos redução de desigualdades se priorizarmos a busca da equidade. E esta, justamente, é ofertar mais recursos àqueles que mais precisam.^{17, p. 1190}

A alocação equitativa proposta pelo Programa Previne Brasil não parte do conhecimento e análise das necessidades em saúde, ela está diretamente condicionada ao cadastro individual das pessoas iniciado em 2019. Nesse cadastro, cada pessoa recebe pontuações a depender do seu grau de vulnerabilidade socioeconômica, de suas características demográficas, assim como da tipologia do seu município.¹⁵ No entanto, as características demográficas e de vulnerabilidade socioeconômica não são cumulativas para fins de cálculo do valor a ser repassado por cada pessoa. A equidade, nesse caso, restringe-se a uma única condição do indivíduo, conforme afirmam Harzheim *et al.*¹⁵:

Para os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e ajuste demográfico foi atribuído um peso de 1,3 por pessoa. Isso significa que para cada pessoa considerada em vulnerabilidade socioeconômica ou dentro dessas faixas de idade o município será calculado 30% a mais do valor da capitação. Caso uma pessoa se enquadre tanto na vulnerabilidade socioeconômica quanto na faixa etária, o acréscimo de 30% é aplicado apenas uma vez.^{15, p.1365}

Lança-se mão de uma perspectiva utilitarista do conceito de equidade para sustentar a narrativa em defesa desse novo modelo, ao mesmo tempo em que se tenta afastar os questionamentos acerca da capitação ponderada, já que como o próprio Harzheim interroga: “Quem seria adversário de uma Reforma que multiplica por até 2,6 vezes o custeio da Atenção Primária para aquelas pessoas e municípios que mais necessitam?”.^{17, p. 1190} Questionar uma proposta de equidade pode parecer ultrajante, mas sua pertinência se dá pelo fato de que, historicamente, o conceito de equidade é utilizado na corrente de pensamento liberal de maneira esvaziada de sentido, com frequência condicionada à ideia de eficiência no uso de “recursos escassos”. Em um cenário de avanço das forças neoliberais, propostas de políticas de focalização nos “mais pobres” são anunciadas sob a retórica da equidade.³¹

Desse modo, a posição de Harzheim *et al.*¹⁷ é de pautar a equidade como um dos pilares do novo modelo de financiamento, como afirmam em: “a oferta de atenção de qualidade com equidade é um dos pilares do Previne Brasil”,^{17, p. 1193} ainda que a noção de equidade apareça sem qualquer referencial que a sustente, tratando-a apenas como um conceito em abstrato que justificaria o modelo de capitação ponderada. Para tanto, afirma-se que o modelo de financiamento vigente até então “não sofreu alterações, sendo baseado em critérios de porte populacional municipal, apresentando estrutura e oferta de serviços com pouco direcionamento para o alcance de resultados em saúde ou equidade”.^{19, p. 610}

O Programa Previne Brasil seria, em hipótese, uma forma de alocação de recursos mais equitativa porque “a ponderação do cadastramento aproxima mais a APS do princípio da equidade à medida que pondera positivamente os mais vulneráveis socialmente, idosos e crianças até cinco anos”.^{15, p. 1370} A tese dos autores é de que a ponderação, limitada ao cadastramento, seria uma forma de reduzir as desigualdades, uma vez que possibilitaria um maior repasse aqueles municípios que conseguirem cadastrar mais pessoas que se enquadrem nos requisitos de vulnerabilidade, como exposto em:

Repassar mais recursos para equipes e municípios que se responsabilizam por extremos de idade que necessitam de um maior cuidado em saúde, repassar mais recursos para populações socioeconomicamente vulneráveis e repassar mais recursos para municípios mais pobres e remotos contribui para a equidade, mantendo o princípio da universalidade. Só teremos redução de desigualdades se priorizarmos a busca da equidade. E esta, justamente, é ofertar mais recursos àqueles que mais precisam.^{17, p. 1190}

Harzheim *et al.*^{17,18} utilizam a equidade de forma bastante pontual, e, quando trazem algum referencial, como no trecho acima, ele diz respeito à oferta de mais recursos

aos que mais necessitam. No entanto, não há um ponto de referência para elaboração dessa noção de equidade. Em certa medida, a interpretação do conceito de equidade apresentado nos artigos analisados é deixada em aberto. Como bem pontuou Escorel²⁹, quando se busca acionar a noção de equidade como instrumento de justiça social, faz-se necessário esclarecer qual o ponto de partida que estamos utilizando para falar de equidade, ou melhor dizendo: equidade em relação a quê?³²

A definição de uma alocação de recursos focalizada de forma individualizada nos mais pobres não dá conta do conceito de equidade, uma vez que não propõe a utilização de parâmetros e indicadores coletivos capazes de dimensionar as diferentes necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais. Enquanto há uma variedade de indicadores e bases de dados epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos com potencial para identificar as diferenças entre as populações, a proposta do Previne Brasil traça uma ponderação baseada em características individuais, restritas a um cadastramento.³³

Porto³³ sintetiza algumas formas possíveis de se trabalhar com esse conceito. Uma primeira maneira seria a igualdade de despesas e recursos *per capita*, pois trabalha com a distribuição por base populacional, como já se fazia com o PAB fixo. Além disso, outra forma seria a igualdade de recursos e oportunidades para necessidades iguais, estabelecendo que a distribuição equitativa deve considerar as diferentes necessidades em saúde existentes, baseadas nos perfis demográficos e epidemiológicos.³³ Desse modo, a proposta do Programa Previne Brasil usou o conceito de equidade em uma perspectiva economicista/tecnicista, individualista e restritiva, ligada à concepção de equidade do BM, caudatária de uma perspectiva liberal, cujo caráter é essencialmente compensatório, como analisam Lima e Davi.³⁴

Nessa perspectiva, o conceito de equidade surge para justificar a focalização da ação das políticas sociais na extrema pobreza e substituir ou complementar os conceitos de cidadania, de universalidade e de proteção social, que passam a ser ressignificados e esvaziados de seu conteúdo.^{34, p.150}

A conjuntura de contrarreformas promovidas pelo avanço neoliberal coloca, de forma mais significativa, o Estado em posição complementar ao mercado, uma atuação ligada à correção das assimetrias do mercado. Nesse contexto, pauta-se o ajuste e realocação "eficiente" de recursos voltados às políticas sociais, de modo a manter uma suposta estabilidade macroeconômica. Com isso, o conceito de equidade passou a ser utilizado em um arranjo ideológico de ofensiva neoliberal, vinculado à ideia de gestão eficiente de recursos, que devem ser utilizados com foco nos setores mais pobres das sociedades.³⁴

A influência dessa perspectiva utilitarista do conceito de equidade fica evidente na defesa do Programa Previner Brasil, quando se perde de vista as ideias de necessidades em saúde como ponto de partida para pensar a equidade, ou quando deixa-se de lado a perspectiva de universalidade das políticas sociais, com forte apelo à tríade eficiência-focalização-equidade, que expressam uma descontinuidade com a concepção de proteção social e marcam uma perspectiva neoliberal de foco nas camadas pobres impossibilitadas de consumir esses serviços no mercado.³⁴ Assim, a capitação ponderada ao criar um condicionante para que o repasse financeiro seja feito, deixa de lado o princípio da universalidade do SUS, que passa a ficar restrito à população cadastrada, além de lançar mão de critérios de focalização.^{5,35}

Em sua proposição de um modelo misto, o Programa Previner Brasil prevê um componente de pagamento por desempenho, ou como dito por Harzheim *et al.*: pagamento por resultados.¹² O antigo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ havia iniciado em 2011 o incentivo na melhoria da qualidade dos serviços na APS, responsável por incluir a proposta de pagamento por desempenho com a utilização de indicadores, compondo recursos específicos do PAB variável, vinculados às avaliações de desempenho das eSF. Ainda que tivesse suas limitações, o PMAQ foi responsável por ampliar os recursos destinados à APS, tendo ganhado notoriedade e reconhecimento em todo o mundo.^{6,35}

Harzheim *et al.*¹⁴ não procuram repensar o PMAQ e suas limitações, a proposta é um modelo de pagamento por desempenho completamente novo, no qual foram selecionados indicadores de processo e de resultados, aos quais são atribuídas notas a cada quadrimestre que determinam o valor do repasse aos municípios.¹² Quando abordam o componente relacionado ao desempenho, Harzheim *et al.*¹² sugerem que o pagamento por desempenho confere um recurso adicional aos municípios ao atingir as metas pré-estabelecidas pelo MS:

O segundo componente é o do pagamento por resultados. Vinte e um indicadores de saúde e indicadores globais da qualidade da APS serão monitorados mensalmente. As equipes e municípios receberão recurso adicional de acordo com seu desempenho no atingimento das metas.^{12, p. 8}

No entanto, o pagamento por desempenho do Previner Brasil não implica recurso adicional, ele faz parte de um dos critérios que determina o montante a ser repassado aos municípios (ele representava 9% do financiamento total em 2020),¹⁵ diferente do PMAQ, que configurava um recurso do PAB variável repassado às eSF que aderiam ao processo

avaliativo. A nova forma de alocação torna o alcance dos índices um condicionante direto do financiamento da APS.^{35,36}

Nesse sentido, o pagamento por desempenho representa mais uma ferramenta gerencialista baseada em métricas que um processo efetivo de avaliação.²⁷ O objetivo central dessa estratégia de organização é moldar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, que devem atuar para alcançar as metas determinadas pelo MS, além de implantar uma forma de controle profissional e disputa, já que a lógica do desempenho organiza os serviços em torno de uma “recompensa” financeira, o que leva a busca individual pelo alcance das metas.⁵

A orientação pelo paradigma gerencial de mercado associa o desempenho à produtividade e à quantidade de trabalho, e assim, ignora-se que a aferição de desempenho em saúde precisa levar em conta as especificidades do trabalho em saúde, que é essencialmente coletivo, compartimentalizado, interdependente e marcado pela incerteza da demanda. Ainda, por serem serviços (em saúde), não são passíveis de uma completa padronização (é praticamente impossível serem replicados identicamente), são dependentes das relações interpessoais, dependem de recursos humanos qualificados e apresentam fragmentação organizacional.³⁷ O pagamento por desempenho é importado de uma lógica funcionalista de mercado para a gestão de recursos destinados à APS, tendo forte influência das recomendações do BM, como pontuam Mendes e Carnut:⁵

Tal componente está relacionado à recomendação n.9 do Relatório do BM (2019), em que se afirma: “reformular o pagamento aos prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade”. E continua: “dentro do SUS os mecanismos de pagamento são pouco utilizados como instrumentos de política para influenciar ações prioritárias e, em muito menor medida, para incentivar desempenho”.^{5, p. 201}

Como demonstrou Massuda,³⁵ a dinâmica de pagamento por desempenho para aumento da produtividade é pouco eficaz, já que com sua utilização são notadas melhorias modestas em indicadores de processo e nenhuma melhoria significativa em indicadores de resultados em saúde, que são os tipos de indicadores selecionados no Programa Previnir Brasil. Além disso, os indicadores podem proporcionar uma focalização nas ações que são medidas, uma vez que as atividades se voltam para o alcance das metas em detrimento de outras ações, uma vez que o repasse financeiro fica atrelado às metas estabelecidas.³⁴ Sobre isso, Massuda³⁵ alerta:

[...] o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação. Consequentemente, ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o

financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS que deve ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade.^{35, p. 1185}

O novo modelo de alocação de recursos vem sendo apontado como um risco à universalidade do SUS, uma vez que em um contexto de ataque ao incipiente Estado social brasileiro, propõe-se um processo de neoseletividade, cujo objetivo central é ofertar ações de saúde aos estratos mais pobres da sociedade. A realocação de recursos vem causando receio diante das perdas reais de recursos por parte dos municípios, principalmente aqueles classificados como urbanos. A perda de recursos para manutenção dos serviços abre espaço para os modelos privatizantes na APS, uma vez que o Programa Previne Brasil junto do PMB e da Carteira de Serviços da APS (CaSAPS) são instrumentos que abrem espaço para a entrada do capital na saúde. Assim, o Programa Previne Brasil, inspirado por Harzheim *et al.*, aposta em uma lógica individualizante e gerencialista de APS, apresentando-se como uma ruptura drástica com um modelo que trouxe resultados de extrema importância para a saúde dos brasileiros.^{6,27,36,38}

Considerações finais

A revisão narrativa em uma perspectiva crítica levantou os principais argumentos utilizados em defesa das mudanças recentes na política de APS brasileira com foco na nova forma de alocação de recursos, tendo como base os artigos científicos publicados por Erno Harzheim, um dos principais envolvidos na implementação e na defesa dessas alterações.

Os achados demonstram que o Programa Previne Brasil introduziu uma alteração de grande significância na alocação dos recursos federais da APS, a qual está configurada em um componente de capitação ponderada, um de pagamento por desempenho e um último de incentivo a programas específicos. Os principais argumentos giram em torno dos conceitos de equidade e eficiência, juntamente com a ideia de desempenho e competitividade.

Harzheim *et al.* apoiam-se em um conceito de eficiência neoclássico para argumentar a favor da mudança na forma de alocação de recursos. Isso porque tratam a restrição orçamentária produzida pelas políticas de austeridade como uma realidade sem alternativa, submetendo a saúde a um orçamento cada vez mais reduzido. Diante desse cenário, Harzheim *et al.* convocam o conceito de equidade para sustentar a proposta de capitação ponderada por critérios de vulnerabilidade. No entanto, fica evidente uma

perspectiva utilitarista do conceito de equidade, desvinculado da noção de necessidades em saúde, que junto da ideia de eficiência neoclássica, atuam como um arranjo discursivo que tenta escamotear o projeto político-ideológico que pauta a focalização das políticas sociais nos setores mais pobres da população.

Além disso, as alterações recentes no âmbito da APS quando analisadas em conjunto, apontam para uma concepção de APS diferente daquela construída pela RSB. Nota-se, por outro lado, o avanço de processos privatizantes na APS, com abertura a entrada do capital nesse campo. A incorporação do pagamento por desempenho evidencia a incorporação de mecanismo de gerencialismo na APS, o qual importa a ideia de competição advinda do mercado. O PMB, a Adaps e a CaSAPS se somam a esse processo, funcionando como facilitadores da entrada do setor privado na gestão e execução de serviços de APS.

Contribuições dos Autores

J.G.A. Couto participou da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito; Á. Mendes participou da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito; L. Carnut participou da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no sistema único de saúde. *Saude Debate*. 2018;42(spe 1):224-43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>.
2. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate*. 2018;42(spe 1):38-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.
3. Brasil. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições transitórias para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: PR; 2016 [citado 19 nov. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
4. Mendes Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do estado ou do capitalismo?. *Saude Soc*. 2015;24(suppl 1):62-76. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>.

5. Mendes Á, Carnut L. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Rev Soc Bras Econ Polit* [Internet]. 2020 [citado 20 nov. 2021];(57):174-210. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>
6. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, agência de desenvolvimento da atenção primária e carteira de serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cad Saude Publica*. 2020;36(9)e:00040220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.
7. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saude Debate* [Internet]. 2019 [citado 20 nov. 2021];43(spe 5):137-44. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3315>
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2019 [citado 19 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
9. Currículo do Sistema currículo Lattes: Erno Harzheim [citado 05 fev. 2022]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2034064321016097>
10. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D'Avilla O, Hauser L, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Cien Saude Colet*. 2019;24(9):3457-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>.
11. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.
12. Harzheim E, Santos CMJ, D'Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a reforma da atenção primária à saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do programa de saúde da família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2354. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2354](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2354).
13. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller LA, Marques MC, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a atenção primária à saúde (APS) no assento do condutor. *Cien Saude Colet*. 2020;25(suppl 1):2493-7. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>.

14. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Cien Saude Colet.* 2020;25(4):1401-11. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>.
15. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020;25(4):1361-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.
16. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, D'Avilla OP, Martins C, Wollmann L, et al. Carteira de serviços da atenção primária à saúde: garantia de integralidade nas equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020;25(4):1313-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>.
17. Harzheim E. "Previne Brasil": bases da reformada atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet.* 2020;25(4):1189-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>.
18. Wollmann L, Pereira D'Avila O, Harzheim E. Programa médicos pelo Brasil: mérito e equidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2346. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2346](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2346).
19. Harzheim E, D'Avila OP, Pedebos LA, Wollmann L, Costa LGM, Cunha CRH, et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Cien Saude Colet.* 2022;27(2):609-17. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>.
20. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; 2002.
21. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados Primários de Saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 [Internet]. 1979 [citado 18 jun 2022]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf
22. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saude Publica.* 2018;34(8):e00056917. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.
23. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. *Rev APS [Internet].* 2009 [citado 20 nov.

- 2021];12(2):204-213. Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>
24. Giovanella L, Rizzotto MLF. Atenção primária à saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana [Editorial]. *Saude Debate*. 2018;42(spe 1):6-11. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S100>.
25. Mendes Á, Carnut L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Soc* [Internet]. 2020 [citado 20 nov. 2021];22(46):9-32. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article
26. Banco Mundial. Propostas de reformas do sistema único de saúde Brasileiro [Internet]. 2019 [citado 18 jun. 2022]. Disponível em:
<https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>
27. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica*. 2022;38(2):e00164621. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>.
28. Ocké-Reis CO. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?. *Trab Educ Saude*. 2008;6(3):613-22. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300012>.
29. Figueiredo JO, Prado NMBL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saude Debate*. 2018;42(spe 2):37-47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>.
30. Dermindo MP, Guerra LM, Gondinho BVC. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa de literatura. *J Manag Health Care*. 2020;12:1-17. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.972>.
31. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad Saude Publica*. 2002;18(suppl):23-36. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700004>.
32. Escorel S. Equidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde* [Internet]. [Rio de Janeiro]: EPSJV; 2009 [citado 23 jun. 2022]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>

33. Porto SM. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA; 2002. p. 123-39.
34. Lima PRM, Davi J. Aproximações críticas ao conceito de equidade presente nos documentos da Cepal e do Banco Mundial. *Temporalis*. 2017;17(34):127-52. <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2017v17n34p127-152>.
35. Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1181-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.
36. De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa previne brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde?. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 2):3781-6. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.
37. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saude Soc*. 2016;25(2):290-305. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>.
38. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política nacional de atenção básica: para onde vamos?. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1475-82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

Minicurrículos

Joaquim Gabriel de Andrade Couto | <https://orcid.org/0000-0001-8136-3441>
<http://lattes.cnpq.br/0125285131920078>

Áquilas Mendes | <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>
<http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>

Leonardo Carnut | <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>
<http://lattes.cnpq.br/2575803021196614>