

Argumentos “oficiais” utilizados para as mudanças na Atenção Primária à Saúde brasileira: uma revisão com foco na nova forma de alocação de recursos

“Official” arguments used to justify the changes in Brazilian Primary Health Care: a review focused on the new resources’ allocating strategy

Joaquim Gabriel de Andrade Couto¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8136-3441>)

Áquilas Mendes² (ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5632-4333>)

- 1- Aluno do Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde. Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP)
- 2- Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP)

Resumo

O primeiro ano do governo Bolsonaro foi marcado pela implementação do Programa Previner 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 dos argumentos utilizados pelo autor em defesa da nova forma de alocação de recursos federais à APS. Para tanto, 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. Dessa forma, propõe-se 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.

Abstract

Bolsonaro’s government first year was marked by the implementation of “Previner 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 review 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.

Keywords: 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, porém a partir de 2016 tem se percebido um acirramento nas discussões em volta desse nível de atenção. A intensificação desse debate tem se dado diante 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}.

Durante as últimas duas décadas, a AB vinha sendo colocada em evidência como forma de reorganizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96) instituiu os componentes de financiamento fixo e variável do Piso de Atenção Básica (PAB), criando também incentivos financeiros para os municípios que incorporassem os Agendes Comunitários de Saúde (ACS) e adotassem o Programa Saúde da Família (PSF). O fortalecimento da AB foi acontecendo gradativamente, consolidando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária na organização da AB na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006. Nesse sentido, a AB vem ao longo dos anos ganhando notoriedade, tendo em vista seu potencial de capilaridade nas diferentes comunidades, assim como sua organização em equipes multiprofissionais norteadas pela ESF, que em 2017 chegava a cobrir 58% da população brasileira³.

Ao passo em que a AB vem ganhando notável destaque diante de sua potencialidade, vivenciamos também o avanço das forças neoliberais conservadoras no

Brasil, que diante do contexto de crise estrutural do capitalismo, atuam a partir da 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, cujo objetivo é 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, que altera o regime fiscal brasileiro, limitando a expansão dos gastos públicos com despesas primárias por 20 anos⁴.

Na esteira de uma conjuntura bastante obscura para os direitos sociais no Brasil, no que tange à AB tivemos uma importante mudança na PNAB em 2017. Faz-se importante ressaltar que entre 2016 e 2018, o MS era comandado pelo engenheiro civil e empresário Ricardo Barros, defensor assíduo da implementação de planos privados de saúde de baixa cobertura (os planos populares) utilizando-se da desculpa de que seria uma forma de reduzir a pressão financeira sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). A alteração da PNAB em 2017 acarretou importantes discontinuidades com os textos normativos anteriores, podendo-se destacar a flexibilização da composição das equipes de saúde, abrindo possibilidade para a conformação de equipes sem a presença de ACS, assim como a alteração na exigência da carga horária dos profissionais, que puderam passar a ser contratados para cumprir uma carga horária mínima de 10h semanais². Por sua vez, a PNAB estabelece que o conceito de AB passa a ser consoante com uma certa concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), que passará a ser adotada a partir da entrada do governo Bolsonaro.

As mudanças promovidas pela nova PNAB representaram importantes retrocessos no percurso de consolidação da AB, que já naquele contexto relativizava o princípio da universalidade ao fazer uma diferenciação das ações e serviços oferecidos pela AB, que passaram a ser classificadas em “padrão essencial” e “padrão ampliado”. Ademais, ao instituir incentivo financeiro para diferentes arranjos na composição das equipes de AB em detrimento da ESF, a nova política atinge diretamente a produção de vínculo entre usuários e profissionais, e, conseqüentemente, interdita a continuidade do cuidado. Somando-se a isso, o ataque direto a categoria de ACS com a flexibilização na

composição das equipes sem essa categoria demonstra o descomprometimento com os avanços proporcionados pela presença desses profissionais nas equipes^{2,3,5}.

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 EC95/2016 atacaram o incipiente Estado social brasileiro, e, conseqüentemente, afetaram a vida da classe trabalhadora⁶. 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 crítico ao Programa Mais Médicos, projeto que promoveu a expansão de cobertura da ESF, mas favorável ao novo regime fiscal instituído pela EC95/2016, que afeta diretamente os investimentos em saúde.

Já nos primeiros meses de 2019, o MS lançou o novo organograma da pasta, que extinguiu o antigo Departamento de Atenção Básica (DAB) e criava a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), estando a frente dessa secretaria o médico Erno Harzheim. Como Reis et al.⁷ apontam, enquanto poder institucional nos debates e decisões do MS, o caráter de secretaria certamente poderia apresentar grande avanço para a APS. Entretanto, faz-se necessário pontuar que apesar de frequentemente serem tomados como sinônimos, os conceitos de APS e AB apresentam importantes diferenciações para além do teor semântico que a PNAB 2017 estabeleceu. O uso do termo AB se constitui como uma particularidade interpretativa do contexto brasileiro, uma vez que se encontra assentado na histórica luta do Movimento Sanitário Brasileiro (MSB) e do pensamento crítico da Saúde Coletiva, propondo um distanciamento ideológico do conceito de APS, tendo em vista seu esvaziamento ao longo dos anos desde a Declaração de Alma-Ata^{1,8,9}.

O contexto político dos últimos anos demonstrava que, apesar de todos os avanços, setores mais conservadores desejavam interferir nesse modelo de atenção. Como apontam Mendes e Carnut⁶, o relatório publicado pelo Banco Mundial (BM) em 2017 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”^{*}.

Com a forte guinada à extrema-direita que temos vivenciado, a nova composição do MS encontrou terreno fértil para a implementação de tais mudanças baseadas nos ditames do BM. Em meados de 2019, a proposta de mudança no financiamento da AB foi apresentada por gestores da SAPS/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 SUS^{10,11}.

Lançada em novembro de 2019, a Portaria nº 2.979 instituiu o Programa Previne Brasil¹², 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 PAB fixo, orientando que o financiamento seja baseado em três componentes: a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas¹⁰.

Diante dessa importante mudança na alocação dos recursos federais aos municípios de uma política responsável pela expansão do acesso à saúde da população brasileira, esse trabalho busca realizar uma análise crítica dos argumentos utilizados em defesa das alterações no âmbito da AB no Brasil, particularmente no tocante à nova forma de alocação de recursos federais à Atenção Básica, intitulado Programa Previne Brasil.

A decisão de pesquisar especificamente a produção científica de Erno Harzheim se deu tendo como base sua forte articulação na implantação do Programa do Brasil. O autor se fez presente na produção acadêmica com trabalhos em defesa do Previne Brasil

^{*}O conceito de eficiência frequentemente utilizado por organizações internacionais é oriundo de análises microeconômicas, nas quais a linha de pensamento econômico neoclássica é hegemônica. Como apontado por Dermindo, Guerra e Gondinho (2020), o conceito de eficiência econômica neoclássica trata da ideia do menor custo possível para atingir o maior resultado possível. Todavia, quando utilizado na análise de políticas públicas, o conceito de eficiência precisa levar em conta outras dimensões além da noção de custo-benefício, uma vez que uma política pública de saúde tem efeitos no campo social, implicada com a redução de desigualdades sociais inscritas na coletividade, e não somente no plano de custos individuais. Por esse motivo, o termo ineficiência econômica está entre aspas no texto, no sentido de indicar que há uma concepção teórica, política e ideológica de eficiência, a qual guia organizações internacionais, como o Banco Mundial.

durante o período a ser 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 AB.

Em seu currículo Lattes, Erno Harzheim informa que é médico formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo realizado residência médica em Medicina de Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição, e doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Alicante na Espanha. Ainda, o pesquisador afirma ter realizado pós-doutorado em Epidemiologia pela UFRGS. Atua como professor associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da mesma instituição.

Harzheim 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. As principais temáticas com as quais relata trabalhar são: Medicina de Família e Comunidade, Epidemiologia, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Telemedicina e Telessaúde. 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.

Dito isso, essa pesquisa partiu da pergunta de pesquisa: quais os argumentos apresentados na literatura científica pelo secretário da APS do MS (2019-2020) Erno Harzheim, que justificam as alterações no âmbito da política de atenção primária à saúde no SUS?

No sentido de responder a essa pergunta, esse artigo tem como objetivo principal revisar 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 AB, intitulado Programa Previne Brasil. Buscou-se, portanto, elaborar uma revisão 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 AB. A partir disso, objetivou-se discutir criticamente os principais aspectos levantados nos artigos incluídos na revisão

Método

Ao se considerar que o estudo buscou realizar uma síntese dos argumentos utilizados em defesa das alterações no campo da AB, utilizou-se o método de revisão narrativa sistematizada da literatura, o qual possibilita a incorporação de estudos teóricos e empíricos. A revisão narrativa tem potencial de apresentar o estado da arte de uma determinada temática, contribuindo para o desenvolvimento teórico, assim como tem aplicabilidade no campo das políticas. Ainda, a revisão possibilita a inclusão dos diferentes métodos de estudos (experimentais e não-experimentais), apresentando as perspectivas sobre um tema. Essa abordagem metodológica é utilizada como ferramenta para diferentes objetivos, como a definição de conceitos, a revisão de teorias e/ou evidências, assim como a análise de problemas metodológicos de uma temática em específico^{13,14}.

O desenho metodológico dessa revisão se deu 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^{13,14}. As etapas são explicitadas a seguir, conforme a Figura 1 apresentada mais adiante.

1) Elaboração da pergunta de pesquisa:

Tendo em vista as recentes mudanças no âmbito da AB 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.

Definida a ideia principal da pesquisa, formulou-se a pergunta disparadora: “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 pelo autor 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. Os currículos são atualizados pelos próprios pesquisadores, os quais acessam a plataforma por meio de um *login* (número de CPF ou e-mail utilizado no cadastro) e uma senha pessoal. Faz-se importante ressaltar que a cada atualização, os pesquisadores declaram que estão de acordo com o Termo de Adesão e Compromisso do Sistema de Currículos da Plataforma Lattes, no qual se compromete a fornecer informações verdadeiras e exatas, responsabilizando-se pelas informações cadastradas, e estando sujeito às consequências administrativas e legais no caso de declarações falsas.

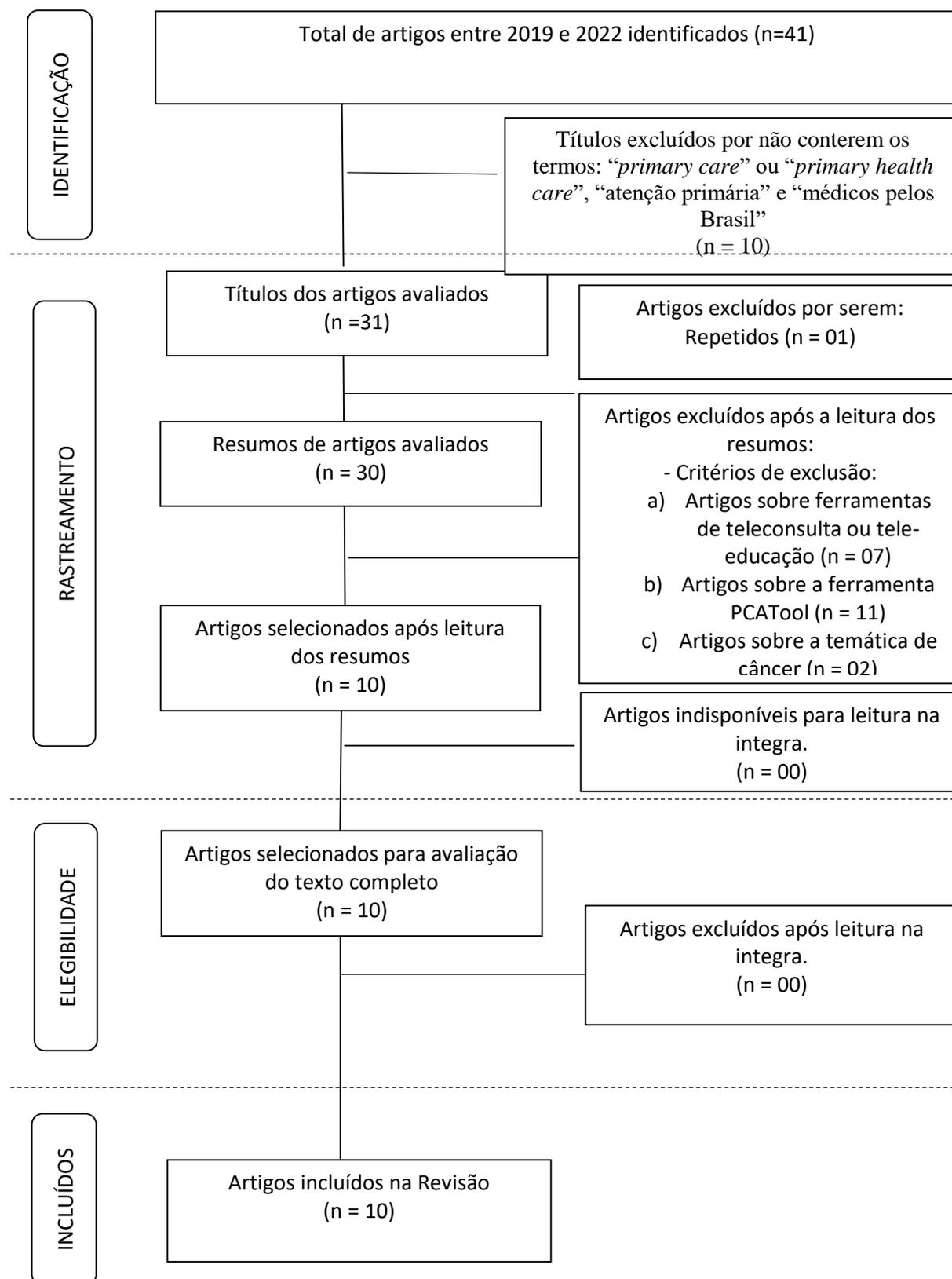
De acordo com a última atualização realizada pelo pesquisador em 05 de fevereiro de 2022, ele informa que possui um total de 111 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais (como autor e/ou coautor), tem a autoria de sete livros e 21 capítulos de livros. Considerando a produção científica entre 2019 e 2022, o autor informa a publicação de 41 artigos como autor e/ou coautor, os quais serão tomados como base para essa revisão, conforme indicado na Figura 1.

Em seu currículo, foi executada uma busca pelos termos “*primary care*” ou “*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.

A primeira busca foi realizada utilizando os termos selecionados (“*primary care*” ou “*primary health care*”, “atenção primária” e “médicos pelos Brasil”), levando em consideração apenas os títulos dos artigos. Nessa busca 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 partir disso foram aplicados os critérios de exclusão indicados a seguir, os quais levaram em consideração a pergunta de pesquisa dessa revisão.

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



Fonte: elaborado pelos próprios autores.

Entre os artigos excluídos, sete deles foram excluídos por tratarem especificamente da temática de ferramentas de teleconsulta 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 dialogarem 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 dos quais todos foram incluídos por abordarem 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 em um quadro, que identifica os autores, ano de publicação, título, objetivos e os principais pontos levantados a partir das categorias de análise, como pode ser visto no Quadro 1. 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 serão apresentados em quatro sessões, as quais irão integrar as abordagens delimitadas no quadro síntese, sendo elas: 1) Uma concepção de APS, 2) O Programa Previne Brasil, 3) As justificativas para uma nova forma de alocação de recursos para APS, 4) A operacionalização das mudanças na APS.

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

Autor - Ano	Título	Objetivos	Abordagem sobre a concepção de APS	Abordagem sobre o Programa Previne Brasil	Abordagem sobre as justificativas para uma nova forma de alocação de recursos	Abordagem sobre o operacional das mudanças recentes na Política de APS.
Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D'Ávila O, Hauser L, Martins C, Pedebos LA, Pinto LF. 2019.	Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS	Apresentar as mudanças realizadas com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde	Modelo orientado pelo atributos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.	Novo modelo de financiamento, mas não cita o Programa Previne Brasil	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)	1) Criação da SAPS. 2) Pagamento por cadastro individual, com uso de critérios de vulnerabilidade municipal e social individual. 3) Programa Médicos Pelo Brasil. 4) Carteira de serviços.
Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. 2020.	Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil	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)	Não aborda o Programa Previne Brasil em específico.	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.	1) Qualificação da adscrição populacional. 2) Carteira de serviços. 3) Criação de protocolos clínicos. 4) Oferta de RH com formação para APS. 5) Monitoramento e avaliação da qualidade das equipes, com remuneração e incentivos por desempenho.
Harzheim E, Santos CMJ, D'Ávila OP, Wollmann L, Pinto LF. 2020.	Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família	Apresentar as principais propostas governamentais no âmbito da APS desde 2019.	Sistema de saúde orientado pela APS e seus atributos essenciais.	O Previne Brasil apresentado como uma forma de corrigir o financiamento insuficiente e destinar o aumento do investimento da APS às equipes e municípios que mais e melhor trabalham nas equipes de Saúde da Família. Um modelo misto de financiamento.	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 acesso. 4) Esgotamento do antigo modelo. 5) Modelo misto utilizado em outros países com sistemas universais.	1) Criação da SAPS. 2) Capacitação ponderada, pagamento por desempenho, pagamento por incentivo a programas específicos. 3) Programa Médicos pelo Brasil. 4) Carteira de serviços. 5) Linhas de cuidado e protocolos clínicos. 6) Cooperação com órgãos internacionais, como OCDE e Banco Mundial.
Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Faller LA, Pedebos LA, D'Ávila OP, Marques MC. 2020	Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor	Apresentar as ações de combate ao COVID-19 no âmbito da APS.	APS com papel crucial na organização e coordenação do cuidado no enfrentamento a Covid-19 no Brasil.	Acréscimo de R\$200 milhões/mês às unidades de APS no âmbito do Programa Previne Brasil durante a pandemia de Covid-19.	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.	1) Parceria com IBGE para qualificar e permitir a ampliação dos cadastros durante a pandemia. 2) Acréscimo de R\$200 milhões/mês para unidades de APS. 3) Sistema de telemedicina. 4) Programa Saúde na Hora. 5) Acréscimo de 7.500 médicos. 6) Teleconsultoria sobre Covid-19.

Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E , Medeiros OL, Ramos LB, Martins C, D'Ávila OP. 2020	Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios	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.	Discussão sobre os indicadores utilizados pelo Programa Previne Brasil.	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	1) Criação de indicadores e modelo avaliativo. 2) Uso de dados secundários. 3) Pagamento por desempenho
Harzheim E , D'Ávila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, Costa LGM, Cunha, LRH, Pedebos LA. 2020.	Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil	Apresentar o novo modelo de financiamento da APS.	Atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação comunitária e familiar, competência cultural.	Modelo misto de financiamento composto por capacitação ponderada por critérios de equidade, pagamento por desempenho das equipes, incentivos a ações estratégicas.	1) Induzir as equipes a trabalhar com maior responsabilização pela população adscrita. 2) Cadastro ponderado para aproximação do princípio da equidade. 3) Busca pela equidade, técnica, base científica e sensibilidade política	1) Financiamento misto. 2) Período de transição com pagamento fixo per capita com base populacional, pagamento por desempenho em 8 meses com valor equivalente ao PMAQ, pagamento por ações estratégicas e provimento de profissionais.
Cunha CRH, Harzheim E , Medeiros OL, D'Ávila OP, Martins C, Wollmann L, Faller LA. 2020.	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil	Apresentar o processo de construção da Carteira de Serviços da APS.	Atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade.	Não aborda o Programa Previne Brasil em específico. Trata da necessidade de um novo modelo de financiamento.	Financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência.	1) Carteira de serviços da APS. 2) Modelo de provimento e formação de médicos.
Harzheim E. 2020.	"Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde	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	Modelo misto de financiamento. Visa ampliar o acesso, melhorar a qualidade, trazer mais equidade para a APS. Modelo de financiamento que coloca as pessoas no centro do cuidado.	1) Proposta de radicalização dos atributos da APS. 2) Adscrição das pessoas como forma de tomar 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.	1) Introdução da capacitação ponderada; 2) Ampliação do cadastramento. 3) Programa Médicos pelo Brasil. 4) Uso de indicadores para avaliação. 5) Uso do CPF para cadastro. 6) Linhas de cuidado e protocolos clínicos. 7) Prêmio APS Forte. 8) Parceria com IBGE E OCDE
Wollmann L, D'Ávila OP, Harzheim E . 2020.	Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade	Apresentar o Programa Médicos Pelo Brasil.	Uma APS composta por profissionais qualificados, com formação voltada ao trabalho na APS.	Os profissionais contratados no PMPB serão avaliados pelos indicadores do Previne Brasil.	O PMPB seria uma forma de equacionar os princípios de equidade e meritocracia	1) Programa Médicos pelo Brasil. 2) ADAPS. 3) Pagamento por desempenho, utilizando indicadores de produtividade e desempenho. 4) Formação em MFC.
Harzheim E , D'Ávila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, Costa LGM, Cunha, LRH, Pedebos LA. 2022	Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento	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.	O Programa trouxe ganhos reais na composição orçamentária, ultrapassando a perda inflacionária. 2) O Programa visa colocar as pessoas no centro do sistema.	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.	1) Inclusão de equipes com cargas horárias flexíveis (eAPs). 2) Pagamento por desempenho com avaliação quadrimestral. 3) Programa Saúde na Hora. 4) Fim do financiamento dos NASFs. 5) Incentivo à formação especializada em APS. 6) Carteira de serviços. 7) Linhas de cuidado.

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Uma concepção de APS

Como ponto de partida dessa análise, levantou-se entre os artigos selecionados as evidências de qual concepção de APS guia esse autor. A argumentação de Harzheim gira em torno dos chamados “atributos essenciais” da APS, descritos por Bárbara Starfield¹⁵. 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 cuidado¹⁵.

Em nove^{7,16-23} dos dez artigos analisados, Harzheim e os demais autores fazem referência direta aos atributos da APS. Em artigo de 2019⁷, 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 essenciais⁷. 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^{16-18,22}.

Nesse sentido, há o uso recorrente dessa noção de atributos introduzida por Starfield, a partir da qual se faz uma interpretação que delimita uma certa concepção de APS. Todavia, é importante pontuar que todo o debate que envolve a APS nos remete à Declaração de Alma-Ata, 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. Naquele contexto, propunha-se a implementação da APS como parte estruturante dos sistemas de saúde nacionais, tendo como horizonte a integralidade do acesso e a coordenação com os demais setores, objetivando o enfrentamento dos diferentes determinantes sociais e ambientais^{1,24}. Na ocasião, os cuidados primários de saúde foram conceituados como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde²⁵.

Como um marco histórico, essa concepção apresentada em Alma-Ata carregava os debates sobre a determinação social do processo saúde-doença, um posicionamento crítico ao modelo biomédico hegemônico de pensar o adoecimento das populações. Dessa forma, atravessado pelas discussões que impulsionaram a compreensão de saúde como produto da organização social da produção, 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 nação¹.

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, entra em choque com o avanço do neoliberalismo no mundo ocidental. Nesse sentido, quando Starfield pensa o conceito de Atenção Primária (AP) na década de 1990, a radicalidade trazida na concepção de Alma-Ata já havia sido deixada de lado com o passar dos anos. Ainda assim, na 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 RSB em meio ao autoritarismo da ditadura militar¹.

Assim, a construção da ideia de APS no Brasil foi marcada pela disputa entre um campo mais funcionalista, o qual utilizava a noção de AP de forma acrítica a todo o seu esvaziamento conceitual, e 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 o conceito de AB, utilizando-se do termo “básica” como forma de marcar o posicionamento político-ideológico contra hegemônico brasileiro, que

recusava a denominação utilizada por órgãos internacionais^{8,26}. Dessa maneira, a concepção de AB é uma criação singular que coloca em evidência as especificidades brasileiras, e que segundo Mendes, Carnut e Guerra¹, é resultado da síntese de cinco grandes elementos:

a) apresenta-se como um ‘catálogo de serviços a serem oferecidos (alguns cuidados primários de saúde e outros); b) baseia-se na interrelação entre os conceitos ‘restritos‘ de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; c) tem como finalidade ser de AP (em termos de seus princípios fundamentais); d) configura-se por meio de diferentes experiências pioneiras no Brasil (agentes sanitários e profissionais de nível superior) e) baseia-se em baixa incorporação tecnológica do tipo dura e alta incorporação tecnológica leve¹ (p. 229-230).

Por assim dizer, Harzheim e seus colaboradores lançam mão de uma concepção de APS que desconsidera todo o processo histórico de construção da noção de AB no Brasil. De outro modo, optam por apresentar uma concepção de APS que é resultado de um processo de esvaziamento conceitual desde Alma-Ata, uma vez que quando Starfield sistematiza a ideia de atributos da APS, o próprio conceito de APS já havia sido cooptado por organizações internacionais, que em meio ao avanço das políticas neoliberais propunham uma atenção primária seletiva e focalizada, contradizendo o ideário da universalidade que marcava a Carta de Alma-Ata²⁷.

Assim, ao se guiarem pela noção de APS oriunda de órgãos internacionais, Harzheim e colaboradores marcam uma opção conceitual de preferência a uma concepção internacional em detrimento de uma construção nacional que foi a ideia de AB no Brasil, inscrita na própria legislação que definiu a PNAB em 2006. Essa escolha fica evidenciada quando em seus escritos, o autor faz referência aos modelos de APS internacionais como referência para efetuar as mudanças recentes na APS brasileira, como o Reino Unido:

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 2020²² (p. 1371).

O Programa Previne Brasil

O primeiro ano do governo Bolsonaro foi marcado pela importante mudança na forma de alocação de recursos financeiros destinados à AB. Ainda em 2019, Harzheim e

colaboradores publicaram um artigo falando sobre os projetos de mudanças no âmbito da APS que viriam no bojo da criação da SAPS. Nesse trabalho, os autores falam em uma “restrição orçamentária” abstrata, já que em momento algum citam a quais restrições se referem, e muito menos abordam as medidas de austeridade tomadas nos últimos anos pelos governos liberais. Diante desse cenário restritivo não nomeado, os autores abordam uma 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”, pois na sua opinião, não haveria responsabilização clínica nessa lógica de pagamento⁷.

Com isso, a ideia do Programa Previne Brasil fez suas primeiras aparições no meio acadêmico, já apontando para sua principal característica: a capacitação 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”⁷ (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”⁷ (p. 3460). Ainda, a noção de estagnação econômica reaparece no fim do artigo, de forma acrítica e descontextualizada, 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”⁷ (p. 3462).

Evidentemente, não faz parte da discussão de Harzheim o histórico subfinanciamento do SUS, uma vez que para esse autor, pautar a mudança dessa lógica e lutar pela 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 futuras¹⁸ (p. 2, grifo nosso).

Essa posição é reafirmada quando, ao defender uma reforma da APS, Harzheim e colaboradores apontam 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 desconectado de todo o processo de subfinanciamento crônico (e recente desfinanciamento) do SUS não se faz de forma despreziosa, afinal uma reforma da APS vem no bojo de uma dinâmica liberal de contrarreformas do incipiente Estado Social brasileiro, reformas essas que prezam por políticas austeras que atacam os direitos sociais, ao mesmo tempo em que incentivam 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 existir¹⁸ (p. 2, grifo nosso).

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 95 e seus efeitos no gasto público em saúde²⁸.

Entretanto, Harzheim e colaboradores não se propõem a incluir o debate sobre o subfinanciamento do sistema de saúde, pelo contrário, lançam mão dos posicionamentos do BM sobre a realidade do país: “Em estudo do Banco Mundial, foi observado que o nível de eficiência da atenção primária à saúde (APS) estava em torno de 60%, com um desperdício anual de aproximadamente R\$ 9.3 bilhões, somando os recursos dos três níveis de gestão”²² (p. 1362). Essa posição se repete quando abordam as recomendações para o fortalecimento da APS brasileira:

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 a saúde; e a implantação de novos arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência de provedores¹⁷ (p. 2).

Desse modo, percebe-se a influência que essa organização internacional tem na argumentação acerca do financiamento da APS brasileira, uma vez que 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”⁶. Em 2019, mesmo ano em que há a mudança na forma de financiamento 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 *Previde Brasil*^{29,30}.

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 – uma retórica sobre uma crise econômica que não menciona políticas de austeridade, e os ditames do BM, havendo a rápida implementação na mudança de financiamento⁶. Segundo Harzheim e colaboradores, a construção do 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 e da UFRGS. Buscou-se a definição de um modelo misto de financiamento, composto por: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivos para ações estratégicas e provimento de profissionais de saúde²².

O componente de capitação ponderada considera a quantidade de pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ponderadas por critérios de equidade, sendo eles: vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e ajuste de distância. O critério de vulnerabilidade socioeconômica foi condicionado ao recebimento dos benefícios bolsa família, benefício de prestação continuada ou previdência do INSS até dois salários-mínimos. O ajuste demográfico trata das crianças de até 5 anos de idade e idosos a partir de 65 anos. Já o ajuste de distância

leva em consideração a distância de cada município dos centros urbanos, utilizando a caracterização do IBGE para os municípios²².

A capacitação ponderada é apresentada como uma ferramenta que aproxima a APS do princípio da equidade, pois pondera positivamente os mais vulneráveis socialmente, os idosos e as crianças²². Dessa maneira, Harzheim e colaboradores 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. Na maioria das vezes, a ideia de equidade aparece sem contexto, e quando desenvolvem sobre o conceito, não há uma definição a qual referência de equidade fazem menção. 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 precisam¹⁶ (p. 1190).

Todavia, a equidade propagada como princípio norteador para justificar o fim de um recurso financeiro *per capita* e a adoção da ponderação, também aparece vinculada à ideia de acesso e de necessidades em saúde:

Para Smith e Rice, há duas razões principais para se apostar num modelo de capitação, relacionadas à equidade e eficiência. Os argumentos de equidade tendem a refletir um requisito para garantir acesso igual aos cuidados de saúde (para necessidades de saúde iguais), priorizando acesso aos que possuem maiores necessidades em saúde²² (p. 1310).

A alocação equitativa proposta pelo Programa Previne Brasil não parte de uma realidade conhecida e previamente analisada, 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 município²². No entanto, as características demográficas e de vulnerabilidade socioeconômica não são cumulativas

para fins de cálculo do valor a ser repassado por cada pessoas. A equidade, nesse caso, restringe-se a uma única condição:

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**²² (p. 1365, grifo nosso).

Lança-se mão de uma perspectiva utilitarista do conceito de equidade como forma de afastar os questionamentos acerca da capacitação 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?”¹⁶ (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 equidade³¹.

Desse modo, a posição de Harzheim e seus colaboradores 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 Previner Brasil”¹⁶ (p. 1193), ainda que a noção de equidade apareça sem qualquer referencial, tratando-a apenas como um conceito em abstrato que justificaria o modelo de capacitação 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”²¹ (p. 610). A solução proposta seria uma reforma, que segundo seus proponentes: “é coerente com os princípios da APS e do SUS, assim como com as evidências científicas sólidas produzidas no Brasil e no mundo e com a **defesa intransigente da busca pela equidade** em um país muito desigual”¹⁶ (p. 1194, grifo nosso).

O Programa Previner 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”²² (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**¹⁶ (p. 1190, grifo nosso).

Quando aborda o conceito de equidade, Escorel³² faz um importante apontamento quando nos diz que, ao se acionar a noção de equidade como instrumento de justiça social, faz-se necessário esclarecer qual o ponto de partida estamos utilizando para falar de equidade, ou melhor dizendo: equidade em relação a quê? Harzheim e seus colaboradores 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. Em certa medida, a interpretação do conceito de equidade apresentado nos artigos analisados é deixada em aberto.

Entretanto, a discussão sobre equidade em saúde é de grande importância, não devendo ficar restrita ao uso acrítico de um conceito. Nesse sentido, quando Harzheim e seus colaboradores falam de equidade, supõe-se que tratam da equidade vertical – a ideia de tratamento desigual para os desiguais, diferente da equidade horizontal, que se confunde com o próprio conceito de igualdade³³. Ainda, quando vinculam a equidade à oferta de mais recursos aos indivíduos que mais precisam, os autores resvalam na ideia de necessidades em saúde, essencial para o debate sobre equidade. Dessa maneira, pensar a distribuição desigual de doenças e agravos em saúde marca que as necessidades em saúde são diferentes. Mais do que isso, essas diferenças são mediadas e determinadas socialmente, ligadas às formas como as sociedades organizam a produção e a distribuição da riqueza. Essa organização resulta em grupos sociais distintos, e, portanto, com necessidades diferentes, que para serem tratadas de forma equânime é necessário, antes de tudo, conhecê-las³⁴.

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 optou por uma ponderação baseada em características individuais, restritas a um cadastramento³³.

Seguindo Ao se seguir pelo caminho da equidade em saúde, 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 a proposta do 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 epidemiológicos³³. Desse modo, o uso do conceito de equidade como pilar do Programa Previne Brasil se dá sem referência ao debate em torno dele, tratando-o em uma perspectiva economicista, individualista e restritiva. Da mesma forma que, em 2006, o BM trata esse conceito, quando apontou a noção de equidade no debate sobre o combate à pobreza, com um tom individualizado e focalizado nos pobres, que seriam alvos de políticas sociais responsáveis por tornar esses indivíduos adaptados à sociabilidade contemporânea. A análise de Lima e Davi³⁵ demonstra que a concepção de equidade do BM é caudatária de uma perspectiva liberal, cujo caráter é essencialmente compensatório:

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 conteúdo³⁵ (p 150).

A conjuntura de contrarreformas promovidas pelo avanço neoliberal coloca 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 sociedades³⁵.

A influência dessa perspectiva utilitarista do conceito de equidade fica evidente na defesa do Programa Previne Brasil, quando perde-se 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 mercado³⁵. Assim, a capacitação 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^{6,36}.

Ao seguir na proposição de um modelo misto, o Programa Previne Brasil prevê o um componente de pagamento por desempenho, ou como dito por Harzheim e colaboradores: pagamento por resultados¹⁸. Quando apresentam o novo modelo de financiamento, os autores falavam no uso de 21 indicadores de saúde e indicadores globais da qualidade da APS, os quais seriam monitorados mensalmente. Os indicadores de saúde estariam relacionados à saúde infantil, saúde da mulher, condições crônicas, saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis e internações sensíveis à APS. Já os indicadores globais seriam para avaliar a fidelização das pessoas às equipes, a qualidade da relação médico-paciente e a presença dos atributos da APS¹⁸. Assim como na capacitação ponderada, o pagamento por desempenho é guiado pela perspectiva do indivíduo: “Especificamente quanto ao cálculo dos indicadores para pagamento por desempenho, esses deixaram de ter base quantitativa (agregado populacional) e passaram a ser de base individualizada por cada cidadão para cálculo”²¹ (p. 612).

A implementação do pagamento por desempenho é justificada pela necessidade de monitorar e avaliar os resultados da APS¹⁹. 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 equipes de 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^{10,36}.

Harzheim e colaboradores concordam com a significância do PMAQ no que diz respeito à avaliação do trabalho na ESF, tendo sido um ponto de partida na ideia do pagamento por desempenho. Todavia, as fragilidades desse programa apontadas por esses autores são o motor para a proposta de um modelo de pagamento por desempenho completamente novo, no qual foram selecionados indicadores de processo e de resultados. Em seu lançamento, o Previne Brasil instituiu a utilização de sete indicadores

relacionados ao pagamento por desempenho, sendo quatro deles ligados à saúde da mulher (três condicionados às mulheres gestante e um à cobertura de exame citopatológico), dois às condições crônicas (hipertensão e diabetes) e um à saúde da criança (cobertura vacinal de poliomielite inativada e pentavalente). Aos indicadores são atribuídas notas a cada quadrimestre que determinam o valor do repasse aos municípios¹⁹.

Quando abordam o componente relacionado ao desempenho, Harzheim sugere 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 metas¹⁸ (p. 8).

No entanto, o pagamento por desempenho do Previne Brasil não implica em recurso adicional, ele faz parte de um dos critérios que determina a montante a ser repassado aos municípios (ele representava 9% do financiamento total em 2020)²², diferente do PMAQ, que configurava um recurso do PAB variável repassado às ESFs que aderiam ao processo avaliativo. A nova forma de alocação torna o alcance dos índices um condicionante direto do financiamento da APS^{36,37}.

Nesse sentido, o pagamento por desempenho representa mais uma ferramenta gerencialista baseada em métricas que um processo efetivo de avaliação³⁰. 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 metas⁶.

Na lógica do Previne Brasil, o desempenho é medido pelo alcance de metas, orientada pela busca de um prêmio por mérito. No entanto, não se trata de um prêmio, mas dos recursos repassados aos municípios para financiar a APS. 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 organizacional³⁸. 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 Carnut⁶ (p. 201):

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”.

Como demonstrou Massuda³⁶, 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 Previnde 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 estabelecidas³⁸. Sobre isso, Massuda³⁶ 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 comunidade³⁶ (p. 1185).

O terceiro componente do financiamento da APS está relacionado aos incentivos para ações estratégicas, sendo elas: Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal (eSB), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Consultório na Rua (eCR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Primária (eAP) que atendem adolescentes em conflito com a Lei, Programa Saúde na Escola (PSE), Polo de Academia da Saúde, Informatização de equipe, Custeio aos municípios com Residência Médica e Multiprofissional^{16,22}. Até certo

ponto, considerando que parte dessas estratégias compunham o extinto PAB variável, a lógica de transferências do MS vinculadas às estratégias específicas já é conhecida e problematizada, uma vez que, ao ser determinada pelo MS, as ações podem se afastar das necessidades em saúde dos municípios, aumentando o poder centralizador do MS na política de saúde^{1,6}.

Uma das ações estratégicas estimuladas pelo PAB variável foi a ESF, um modelo de APS instituído no Brasil, marcado pela orientação comunitária, o qual trouxe resultados em saúde de extrema importância ao país, como a queda da mortalidade infantil, a redução nas internações por causas sensíveis à APS e a redução das mortes decorrentes de doenças cardiovasculares. O estímulo financeiro permitiu a expansão da ESF, chegando a 62,6% dos brasileiros em 2019, demonstrando que o modelo da ESF vem sendo capaz de ampliar o acesso à saúde e melhorar os resultados em saúde^{39,40}.

Entretanto, o modelo da ESF e sua organização comunitária baseada na determinação social do processo saúde-doença, na clínica ampliada e interdisciplinar vem deixando de ser central na APS. A PNAB de 2017 introduziu a possibilidade de financiamento de modelos simplificados de equipes, as eAPs, cuja organização prescinde dos profissionais ACS, essenciais para o modelo de base comunitária, além da possibilidade de composição de equipes com profissionais de diversas cargas horárias. Ademais, o caráter multiprofissional e interdisciplinar foi abandonado com o fim do credenciamento e financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴¹.

Por outro lado, no primeiro ano de governo Bolsonaro também foi lançado o Programa Saúde na Hora, que se propõe a facilitar o acesso por meio da ampliação dos horários de funcionamento das UBS^{16,18,21-23}. Em resumo, o programa transfere recursos para os municípios com UBS que se comprometem a estender os horários de funcionamento: “Em seus dois modelos propostos, o Saúde na Hora dobra o financiamento das Unidades de Saúde que ficam abertas 60 ou 75 horas por semana, isto é, de 12 a 15 horas ininterruptas por dia útil”¹⁸ (p. 10). Segundo Harzheim e colaboradores, há atualmente 2.600 UBS atuando com horário estendido em 595 municípios, limitando-se ao teor quantitativo, sem nenhuma menção à forma como os serviços vem sendo oferecidos²¹.

O Programa Saúde na Hora é mais uma aposta desse governo no que diz respeito à maneira de alocação dos recursos destinados à APS. Junto da capacitação ponderada e do pagamento por desempenho, os incentivos destinados aos municípios que aderem ao Saúde na Hora se configuram como uma grande fatia dos valores destinados às ações

estratégicas, demonstrando a intencionalidade do MS em determinar a organização dos serviços de APS municipais, desencorajando o modelo comunitário da ESF e orientando a APS pelo cuidado individual e de atendimento à demanda espontânea^{6,37,41}. Tendo como uma de suas justificativas a redução de atendimentos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências, o Saúde na Hora opera a transformação de UBSs em pronto-atendimentos, descaracterizando o seu processo de trabalho, anteriormente pautado pela ESF⁴¹.

O novo modelo de financiamento vem sendo apontado como um risco à universalidade do SUS, uma vez que em um contexto de ataque ao 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 a capacitação ponderada e a carteira de serviços são instrumentos importantes para a precificação. Assim, o Programa Previnha Brasil 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^{10,30,37,41}.

As justificativas para uma nova forma de alocação de recursos para a APS

O ponto de partida apresentado por Harzheim para sustentar a necessidade de um novo modelo de financiamento está na argumentação de que, em tese, o modelo de alocação utilizado até então estaria limitado no que diz respeito à efetivação do acesso, a responsabilização e a produção de resultados em saúde^{7,18}. Para Harzheim, a forma de alocação de recursos vigente até 2019 estava esgotada, pois não era capaz de efetivar o acesso e produzir melhores resultados em saúde, como argumentado em:

O modelo de financiamento vigente até 2019 contribuiu, após a esperada expansão da ESF até meados da década passada, para impedir a ampliação do número de pessoas sob efetiva responsabilidade das equipes. Esse modelo estava esgotado e apresentava limitações quanto à capacidade de induzir respostas primordiais aos desafios do sistema de saúde e da APS, tais como a efetivação do acesso e a produção de melhores resultados em saúde¹⁶ (p. 1191).

No entanto, a literatura científica vem ao longo dos anos demonstrando que o financiamento vigente até então, cuja orientação se dava no sentido de expandir a cobertura da ESF na APS, obteve resultados de grande impacto na saúde da população brasileira. O modelo de alocação de base população e com incentivo financeiro à implementação da ESF foi responsável por ampliar a cobertura desse modelo de atenção à saúde reconhecida mundialmente, o qual foi a principal alavanca no avanço da APS no Brasil^{40,42}. Entre 2013 e 2019 houve um aumento de 11,6% na cobertura de ESF no país, chegando a 62,6% de taxa de cobertura, o que significou que em seis anos mais 18,7 milhões de cidadãos passaram a ser cadastrados na ESF, com tendência de coberturas superiores entre estratos populacionais de maior vulnerabilidade, seja considerando a renda familiar *per capita* ou a escolaridade do chefe da família. Além disso, a presença da ESF também é maior em áreas rurais. Desse modo, diferente do que Harzheim afirma, o modelo de alocação de recursos veio ao longo dos anos promovendo a potencialização da APS brasileira, atingindo resultados relevante, inclusive de forma equitativa, sem a necessidade de um modelo de focalização⁴⁰.

Ainda com um histórico subfinanciamento do SUS, o financiamento voltado à ampliação da ESF trouxe resultados de grande importância para os brasileiros, podendo-se citar: aumento no acesso à consulta médica, principalmente entre as faixas etárias mais elevadas e portadores de doenças crônicas. Outro fator importante é a redução das internações por causas sensíveis à APS, sendo que as quedas mais acentuadas foram nas internações por asma, gastroenterites e doenças cardio e cerebrovasculares. A expansão da ESF também resultou na redução da mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e na queda das taxas de complicações de doenças crônicas, como a *diabetes mellitus*⁴².

O resultado em saúde decorrente da expansão da ESF mais reconhecido é a queda da taxa de mortalidade infantil em todas as regiões do país^{2,5,26,36,42}. No entanto, esse marco amplamente reconhecido na literatura científica está em risco iminente após a mudança do regime fiscal executada pela EC95/2016, que já trouxe impactos na taxa de mortalidade infantil e materna, assim como o retorno de epidemias de enfermidades transmissíveis, antes controladas^{1,27,42}. Ainda que os resultados em saúde sejam evidentes, a argumentação de Harzheim vai no sentido de apontar o antigo modelo como de financiamento como “esgotado”, sem qualquer menção ou crítica às medidas de austeridade que colocam em risco os avanços implementados durante as últimas décadas.

A indiferença de Harzheim diante de medidas que colocam em risco a saúde pública brasileira encontra resposta quando o autor aponta o SUS como um sistema de inúmeras disfuncionalidades, que deveriam ser solucionadas a partir de uma concepção liberal de reforma do Estado brasileiro¹⁸. Dessa forma, Harzheim desvia da questão dos mecanismos de sub e desfinanciamento do SUS, argumentando em prol de um modelo de financiamento no qual haja uma alocação com melhor “eficiência”, notadamente guiado pelos ditames do BM^{7,16,20,22}. A argumentação em defesa do Programa Previne Brasil gira em torno da ideia de uma alocação de recursos mais eficiente, uma “eficiência” diretamente ligada à contenção de custos, pois, em tese, o SUS já gastaria o suficiente, bastando a otimização desse gasto⁴³.

O BM indica que, considerando o gasto em relação ao PIB, o Brasil gasta em saúde tanto quanto a média entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), concluindo que o país gasta muito com saúde pública⁶. 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/95 impôs uma tendência de queda nessa fatia do gasto público em saúde, colocando em risco a sustentabilidade do SUS^{4,28,44}.

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 fala Harzheim, mas pode também demonstrar a urgência de ampliar os recursos para atingir os resultados^{43,45}.

Quando sugere que a saúde deve alocar de forma mais “eficiente” os recursos, antes de buscar o aumento desses recursos⁷, Harzheim apresenta 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:

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 vulneráveis¹⁸ (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. Com isso, percebe-se que a defesa do Programa Previne Brasil é completamente atravessada pelo gerencialismo em saúde, lançando mão do uso de conceitos de forma pouco criteriosa na tentativa de escamotear a implementação de um modelo de APS inspirado na lógica de mercado, estimulando um SUS operacional³⁰.

A operacionalização das mudanças recentes na APS

O primeiro ano do governo Bolsonaro foi marcado por mudanças importantes na APS brasileira. Além do Programa Previne Brasil, o MS deu início a outras estratégias com o objetivo de modificar não só a forma de alocação de recursos da APS, mas também o método de provimento de profissionais e a delimitação de um rol de serviços a serem oferecidos^{20,46}.

O PMB é apresentado como um novo modelo federal de provimento e de formação profissional para médicos. A proposta é de que ele substitua o antigo Programa Mais Médicos, enviando médicos para trabalhar na APS em regiões mais distantes e de menor porte, além de prover profissionais para equipes em distritos sanitários indígenas, equipes fluviais, ribeirinhas e quilombolas que também terão prioridade^{7,18,46}. A contratação dos médicos se dará pela Adaps, uma instituição privada sem fins lucrativos, e os profissionais contratados serão regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)^{18,46}.

Diante das fortes críticas sobre a Adaps, Harzheim apresentou a agência como um serviço inovador capaz de executar o programa de forma ágil e, novamente, “eficiente”. A justificativa para que uma instituição privada seja responsável por operacionalizar a

provisão de médicos para APS no SUS é de que se faz necessária a união dos diferentes interesses envolvidos no campo da saúde pública, incluindo-se os interesses de mercado:

Ao criticar na Adaps o risco de mercantilização da saúde, foi dito ser importante que “o respeito ao ser humano e as necessidades de saúde se sobreponham aos valores e às necessidades do mercado”, afirmação que está correta. Mas **é importante juntar aos interesses do mercado os interesses políticos e ideológicos, das corporações e categorias profissionais, da academia e de antigos gestores**, todos igualmente preocupados em defender seus projetos e legados⁴⁶ (p. 5, grifo nosso).

A Adaps é designada como um serviço social autônomo, não se enquadrando como órgão de administração direta, e tampouco como uma agência similar as reguladoras (ANVISA e ANS, por exemplo). Esse modelo de gestão também não se enquadra como uma modalidade de administração indireta, e por isso não está submetida a observância das regras de administração pública. Essa agência, além de executar o PMB, tem como uma de suas competências a execução da política e prestação de serviços de APS. Há o fortalecimento da relação com o setor privado na Adaps, uma vez que entidades privadas do setor da saúde possuem representação no conselho deliberativo dessa agência. Não à toa, uma operadora de saúde se colocou como parceira do MS para prestar serviços de APS no SUS⁴⁷.

O caráter privatista da Adaps está alinhado com o projeto neoliberal, cujo foco é a transferência da execução dos serviços sociais para a iniciativa privada, ainda não que haja evidências de que a prestação privada ou as terceirizações sejam mais eficientes que a administração pública direta. A Adaps se demonstra como um braço da perspectiva privatista na APS, já que aponta uma maior flexibilidade para firmar contratos com o setor privado, abrindo brecha para um maior ou menor grau de privatização dos serviços de APS, a depender da qualidade dos contratos e da própria vontade política do governo em exercer o controle da execução⁴⁷. Em sendo um projeto implementado durante um governo liberal e neofascista, o risco do avanço privatista na saúde tem se demonstrado cada vez maior. Como exemplo disso, em 2020 assistimos a um decreto assinado pelo Ministro da Economia, Paulo Guedes, que abria espaço para iniciativas público-privadas na APS. O decreto que tratava dos serviços de saúde, não mencionava o MS, e seu caráter duvidoso pouco explicativo suscitou reações de diferentes setores que defendem um SUS público, sendo revogado um dia após sua publicação⁴⁸.

Ainda que Harzheim aponte as críticas à Adaps como meras “especulações”⁴⁶, a preocupação com os processos de privatizações na APS são legítimos. Criaram-se condições para a entrada do setor privado na gestão da APS, evidenciando o risco de um duplo processo de privatização: a transferência da gestão da APS para a Adaps, a qual pode contratar empresas públicas ou privadas para prestação de serviços^{10,47}. Além disso, Harzheim aponta que os médicos ingressantes no programa serão contratados pela CLT, com plano de cargos e salários e progressão pré-definida. A dinâmica de pagamento por desempenho também se aplicará a esses profissionais, como elucida o autor:

Em relação a remuneração, outro avanço é que os médicos na contratação CLT terão um componente de pagamento por desempenho, incentivando e recompensando a qualidade dos profissionais que melhor atenderem a população. A mensuração desse desempenho acompanhará os mesmos indicadores de saúde e indicadores globais de qualidade da APS por meio de instrumentos validados nacional e internacionalmente do Previne Brasil. Desta forma, gestores, equipes e médicos terão os mesmos desafios de melhora da qualidade da APS⁴⁶ (p. 3).

Apesar de apontar uma contratação via CLT, Harzheim não esclarece que durante os primeiros dois anos, os profissionais não são contratados pela CLT, mas serão médicos bolsistas em um processo formativo. Essa formação é diferente da residência, que é considerada o padrão-ouro em formação de médicos de família e comunidade, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)^{47,49}. Com isso, percebe-se um esvaziamento do caráter formativo que o Programa Mais Médicos carregava, iniciando pela desvinculação que o PMB faz com o Ministério da Educação, encerrando uma ação interministerial que foi importante para fortalecer o campo formativo na saúde. Além disso, ao realizar o provimento profissional, o Mais Médicos tinha uma proposta de expansão da ESF, fazendo-a chegar até aos municípios mais remotos e vulneráveis, alinhado com estratégias de integração entre ensino e serviço⁴⁹.

Enquanto o Programa Mais Médicos foi uma estratégia pública e estatal de provimento e formação profissional, o PMB é gerido por uma empresa privada com evidente cunho privatista. Harzheim garante que o programa oferecerá uma formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) de qualidade, a qual acontecerá através de um curso de especialização, com a supervisão de um tutor:

Além do provimento, o PMPB oferecerá uma formação qualificada em Medicina de Família e Comunidade (MFC), através de curso de especialização de 60hs semanais (40hs assistenciais + 20hs de atividades teóricas). Os médicos em formação serão supervisionados por um tutor clínico, com quem passarão uma semana a cada dois meses em supervisão contínua. Além disso, receberão uma tutoria acadêmica no componente teórico da formação⁴⁶ (p.3).

O autor finaliza garantindo que, ao fim do curso de especialização, os médicos poderiam realizar a prova de títulos para a especialidade de MFC: “Ao final de dois anos, o médico aprovado na especialização estará credenciado a realizar prova de título de especialista em MFC”⁴⁶ (p. 3). Por outro lado, a SBMFC nega que o curso oferecido pela Adaps tenha passado pelo processo de credenciamento na sociedade. Em nota, a diretoria da SBMFC advertiu que somente profissionais oriundos de cursos credenciados à sociedade podem realizar a prova de título, e que até o momento nenhum curso de especialização em MFC foi credenciado pela sociedade, tampouco houve iniciativa da Adaps nesse sentido. Ainda, reiteram o formato de residência médica como padrão-ouro, e que toda política de formação que coloque em risco de desvalorização os programas de residência devem ser reavaliadas⁵⁰.

Nesse sentido, não há a garantia de que após o processo formativo, os profissionais sejam reconhecidos na especialidade médica. Além disso, a proposta de formação é muito distinta daquele inerente aos programas de residência em MFC. Enquanto os residentes são supervisionados por preceptores (comumente médicos que já passaram pela mesma residência em MFC) diariamente ao longo de suas atividades clínicas na APS, a proposta de especialização da Adaps, segundo Harzheim, é de que os médicos tenham supervisões com um tutor clínico durante uma semana a cada dois meses⁴⁶. O caráter de formação em serviço do modelo de residência é desvirtuado, e o PMB demonstra ser um programa apresentado como solução, mas que é em si um “Cavalo de Tróia” para a APS, trazendo riscos reais à APS brasileira⁴⁹.

Somado ao Previne Brasil e ao PMB, Harzheim apresenta a Carteira de Serviços da APS (CaSAPS), a qual é anunciada como uma forma de definir os papéis de cada categoria profissional na APS, apresentando os procedimentos e serviços ofertados, com o objetivo de reduzir as divergências entre as práticas das diferentes equipes. Nas palavras do autor:

A carteira de serviços deixa claro para as pessoas quais serviços e ações elas podem encontrar nas Unidades de APS e permite aos profissionais se organizarem na rotina do atendimento, assim como buscarem

conhecimentos e habilidades para ofertar as ações e os serviços com competência²⁰ (p. 1315).

A construção do documento foi baseada nas carteiras de serviços existentes em âmbito nacional e internacional, e passou por uma consulta pública *online* que obteve apenas 1.855 respostas. O documento final apresenta 210 itens divididos em: atenção à saúde do adulto e do idoso, atenção à saúde da criança e do adolescente, procedimentos na APS e saúde bucal. A CaSAPS sistematiza os serviços oferecidos, os procedimentos e insumos necessários para sua execução²⁰.

Ainda que pareça somente um documento que tem como objetivo apresentar os serviços e procedimentos ofertados na APS, a CaSAPS também precisa ser problematizada, levando em consideração o cenário em que é apresentada. O modelo assistencial que se expressa nesse documento é caudatário de uma lógica biomédica, centrada no cuidado individual, distanciando-se da compreensão do processo saúde-doença como socialmente determinado. Perde-se de vista pontos que são primordiais na APS, como as noções de território, comunidade e multidisciplinaridade, enfatizando uma lógica voltada aos procedimentos clínicos individuais. Da mesma forma, a CaSAPS promove o apagamento dos profissionais ACS, havendo uma única menção a essa categoria tão importante para a APS, demonstrando o compromisso desse projeto com a PNAB de 2017, a qual abriu espaço para a composição de equipes de APS prescindindo desses profissionais, o que de fato traz grandes prejuízos ao avanço da ESF^{10,41}.

No mesmo sentido, com o caráter privatista do governo atual, a instituição de uma CaSAPS opera como uma estratégia fundamental no processo de precificação, cuja funcionalidade se soma a capacitação ponderada, que constrói uma lista de pessoas. Esses dois pontos (o número de pessoas e o rol de serviços) são ferramentas utilizadas para a contratação de serviços privados de saúde na forma de seguros, alinhados à concepção de cobertura universal de saúde, a qual tem como objetivo central o estabelecimento de uma cesta de serviços básicos voltados para os segmentos mais pobres da população, uma ruptura completa com a universalidade^{10,41,51}.

Por assim dizer, ao analisar as diferentes alterações e implementações no âmbito da política de APS realizadas no primeiro ano do governo Bolsonaro, é possível notar que O Programa Previne Brasil, o PMB e a CaSAPS operam uma forte reorientação da APS brasileira no sentido contrário ao princípio da universalidade do acesso, aproximando-se da ideia de cobertura universal, que se trata de uma proposta focalizadora

e neoseletiva, com um caráter mercadológico e de abertura à entrada do capital na APS^{6,9,24,27,37,51-53}.

Considerações finais

A revisão 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 capacitação ponderada, um de pagamento por desempenho e um último de incentivo a programas específicos. A principal justificativa gira em torno das ideias de resultados em saúde e de eficiência na alocação de recursos públicos. Harzheim apresenta seu argumento sobre uma suposta ineficiência e esgotamento do modelo anterior, que não estaria produzindo resultados em saúde. No entanto, a literatura científica aponta que o modelo de financiamento anterior, com foco na expansão da ESF, trouxe resultados de extrema importância para a população brasileira, como a redução da taxa de mortalidade infantil e das internações por causas sensíveis à APS.

Ainda, Harzheim e colaboradores lançam mão de 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 convoca o conceito de equidade para sustentar a proposta de capacitação 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 econométrica, 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 Reforma Sanitária Brasileira. Nota-se, por outro lado, o avanço de processos privatizantes na APS, com abertura à 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.

Referências

1. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2018; 42(spe1):224–43.
2. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate* 2018; 42(spe1):38–51.
3. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2018; 42(116):11–24.
4. Mendes Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde Soc.* 2015; 21;24(suppl1):62–76.
5. Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira DC. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde debate.* 2020; 44(124):58–69.
6. Mendes Á, Carnut L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política.* 2020; 57:174–210.
7. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D’Ávila O, Hauser L, Martins C, Pedebos LA, Pinto LF. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Cien Saude Colet* 2019; 24(9):3457–62.
8. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. de Saúde Pública.* 2018; 34(8):e00056917.
9. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(8):e00029818..
10. Morosini MVGC, Fonseca AF, Faria Baptista TW. Previner Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad.Saúde Pública* 2020; 36(9)e:00040220.
11. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2019; 43(spe5):137–44.
12. Brasil. Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previner Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. *Ministério da Saúde.* 2019 [acessado 2021 Nov 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1):102–6.
14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.* 2005; 52(5):546–53.
15. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO; 2002.
16. Harzheim E. “Previner Brasil”: bases da reformada atenção Primária à saúde. *Cien Saude Colet;* 2020; 25(4):1189–96.

17. 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; 44.
18. 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 Bra Med Fam Comunidade* 2020;15(42):2354.
19. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, D’Avila OP. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Cien Saude Colet.* 2020; 25(4):1401–11.
20. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, D’Avila OP, Martins C, Wollmann L, Faller LA. 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.
21. Harzheim E, D’Avila OP, Pedebos LA, Wollmann L, Costa LGM, Cunha CRH, Moura LN, Minei T, Faller, LA. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Cien Saude Colet.* 2022; 27(2):609–17.
22. Harzheim E, D’Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, Costa LGM, Cunha CRH, Pedebos LA. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020; 25(4):1361–74.
23. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller L A, Marques MDC, Minei TSS, Cunha CRH, Telles LF, Moura LJM, Leal, MH, Rodrigues AS, Rech MRA, D’Avila OP. 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(6):2493–7.
24. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(3):e00012219.
25. UNICEF. *Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.* Alma-Ata; 1978. [acessado 2021 Nov 19]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
26. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. *Revista de APS.* 2009; 12(2):204–2013.
27. Giovanella L, Rizzotto MLF. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. *Saúde debate.* 2018; 42(spe1):6–8.
28. Mendes Á, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social* 2020; 22(46):9–32.
29. Banco Mundial. *Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro.* 2019 [acessado 2022 Jun 18]; Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>
30. 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 Saúde Pública.* 2022; 38(2):e00164621.
31. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(suppl):23–36.
32. Escorel S. *Equidade em Saúde.* Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009 [acessado em 2022 Jun 23]. 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: IPEA; 2002. p. 123–39.
34. Vieira-Da-Silva LM, Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(suppl 2):5217–26.
35. 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.
36. 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.
37. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet*. 2021; 26(supl 2):3781–6.
38. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde Soc*. 2016; 25(2):290–305.
39. Massuda A, Malik AM, Lotta G, Siqueira M, Tasca R, Rocha R. Primary Health Care Financing: Case Study. *Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care*. 2022; (1).
40. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet*. 2021; 26(supl1):2543–56.
41. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet*. 2020; 25(4):1475–82.
42. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018; 42(spe1):18–37.
43. Ocké-Reis CO. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? *Trab. educ. saúde*. 2008; 6(3):613–22.
44. Figueiredo JO, Prado NMBL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate*. 2018; 42(spe2):37–47.
45. 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.
46. Wollmann L, Pereira D’Avila O, Harzheim E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. *Rev Bra Med Fam Comunidade*. 2020; 15(42):2346.
47. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, Aquino R, Mendonça MHM. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(10):e00178619.
48. Brasil. Decreto No 10.530, de 26 de outubro de 2020. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. Brasília: *Ministério da Economia*; 2020 [acessado em 2022 Jul 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10530.htm
49. Anderson MIP. 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 Bra Med Fam Comunidade*. 2019; 14(41):2180.
50. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *SBMFC reitera ausência de credenciamento junto à entidade do curso de especialização do Programa Médicos pelo Brasil*. Rio de Janeiro; 2022 [acessado em 2022 Jul 14]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-reitera-ausencia-de-credenciamento-junto-a-entidade-do-curso-de-especializacao-do-programa-medicos-pelo-brasil/>

51. Miranda AS. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. *Saúde debate*. 2020; 44(127):1214–30.
52. Schenkman S, Moraes Bousquat AE. Alteridade ou austeridade: uma revisão acerca do valor da equidade em saúde em tempos de crise econômica internacional. *Cien Saude Colet*. 2019; 24(12):4459–73.
53. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, Silva DB, Vieira JML, Castro VC, Silva PO, Machado CV. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6):1763–76.