

Revisão narrativa sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde no SUS

Narrative review of the new financing model for primary health care in SUS

Revisión narrativa del nuevo modelo de financiamiento de la atención primaria de salud en el SUS

Camila Medrado Alves Carneiro⁽¹⁾

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

Resumo

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil vem sendo bastante modificado nos dois últimos anos, principalmente pelo Programa 'Previne Brasil', por meio da portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019 e por outras medidas organizacionais. Para tanto, foi criada a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, tendo como responsável Erno Harzheim e que concebeu todas as propostas de reformulação no âmbito desse nível de atenção. **Objetivo** Revisar o novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde no SUS e seus elementos relacionais, tendo como base a literatura científica disponibilizada pelo seu mentor Erno Harzheim, Secretário da Atenção Primária do Ministério da Saúde (2019-2020). **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa, tendo como pergunta de pesquisa: o que a literatura científica disponibiliza sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde no SUS à luz da contribuição de Erno Harzheimer, destacando desafios no âmbito da gestão? Utiliza-se o Google Acadêmico para a busca de artigos de Erno Harzheim, limitou aos artigos publicados a partir do ano 2019. **Resultados:** as propostas feita pela SAPS apresentam

grandes desafios, dentre essas destacam-se os efeitos negativos trazidos pelo novo modelo de financiamento. O "Previne Brasil", destoa dos princípios do SUS, causando a ele modificações que trarão prejuízo à sua estrutura, bem como implicará no direito de acesso à saúde para a população que não se enquadra nos critérios de vulnerabilidade. Ademais, poderá haver rupturas significativas na universalidade do sistema único de saúde.

Descritores: Financiamento da Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Erno Harzheim.

Abstract

The financing of Primary Health Care (PHC) in Brazil has been significantly modified in the last two years, mainly by the 'Previne Brazil' Program, through ordinance 2,979, of November 12, 2019 and by other organizational measures. To this end, the Ministry of Health's Secretariat of Primary Health Care (SAPS) was created, with Erno Harzheim as the person in charge and who conceived all the reformulation proposals within the scope of this level of care. Objective: To review the new financing model for primary health care in SUS and its relational elements, based on the scientific literature provided by its mentor Erno Harzheim, Secretary of Primary Care of the Ministry of Health (2019-2020). Methodology: This is a narrative review, with the research question: what does the scientific literature provide about the new financing model for primary health care in SUS in the light of Erno Harzheimer's contribution, highlighting management challenges? Google Scholar is used to search for articles by Erno Harzheim, limited to articles published starting in 2019. Results: the proposals made by SAPS present great challenges, these highlight the negative effects brought by the new financing model "Previne Brasil" is in violation of SUS principles, causing changes to it that will damage its structure, as well as implying the right of access to health for the population that does not fit the criteria of vulnerability. In addition, there may be significant disruptions in the universality of the single health system.

Keywords: Health Care Financing, Primary Health Care, Unified Health System, Erno Harzheim.

Resumen

El financiamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil ha sido modificado significativamente en los últimos dos años, principalmente por el Programa 'Previne Brasil', a través de la ordenanza 2.979, del 12 de noviembre de 2019 y por otras medidas organizativas. Para ello se creó la Secretaría de Atención Primaria de Salud (SAPS) del Ministerio de Salud, con Erno Harzheim como responsable y quien concibió todas las propuestas de reformulación en el ámbito de este nivel de atención. Objetivo: Revisar el nuevo modelo de financiamiento de la atención primaria de salud en el SUS y sus elementos relacionales, a partir de la literatura científica proporcionada por su mentor Erno Harzheim, Secretario de Atención Primaria del Ministerio de Salud (2019-2020). Metodología: Se trata de una revisión narrativa, con la pregunta de investigación: ¿qué aporta la literatura científica sobre el nuevo modelo de financiamiento de la atención primaria de salud en el SUS a la luz del aporte de Erno Harzheim, destacando desafíos de gestión? Se utiliza Google Scholar para la búsqueda de artículos de Erno Harzheim, limitado a artículos publicados a partir del año 2019. Resultados: las propuestas realizadas por SAPS presentan grandes desafíos, estos destacan los efectos negativos que trae el nuevo modelo de financiamiento "Previne Brasil" viola los principios del SUS, provocando cambios que dañarán su estructura, además de implicar el derecho de acceso a la salud para la población que no se ajusta a los criterios de vulnerabilidad. Además, puede haber importantes alteraciones en la universalidad del sistema de salud único.

Palabras-claves:

Financiación de la asistencia sanitaria, Atención primaria de salud, Sistema único de salud, Erno Harzheim.

Introdução

Há 32 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem levantado diversas discussões acerca de seu modo de financiamento. Com efeito, os modelos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil passaram por diversas modificações. O SUS está alicerçado sobre princípios e diretrizes (doutrinários e organizativos), que orientam seu funcionamento e existência. O SUS é dividido em três níveis de atenção que representam sua complexidade, quais sejam: atenção primária, secundária e terciária, dispondo também de redes de atenção à saúde que potencializam suas ações e seus serviços ofertados. O fato do SUS necessitar de recursos financeiros, tem relação com a sua característica central. Trata-se de um sistema universal, integral e equânime. Ao tratarmos de um sistema universal de saúde, observa-se diversos desafios de ordem estrutural, principalmente no que se refere ao seu modo gestão e financiamento³. A regulamentação do financiamento do SUS está prevista na Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990⁴, A referida lei dispõe sobre a definição dos mecanismos de transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Posteriormente, em 1993, o financiamento do SUS passou a ser orientado pelos critérios da Norma Operacional Básica (NOB), que regulamentou a participação de cada esfera governamental, sendo que em 1996, sofreu uma reformulação, a fim de consolidar orientações para o âmbito da gestão e financiamento⁵.

Destaca-se que o SUS adotou como gestão e forma de financiamento, um modelo descentralizado. Cada esfera de governo deve empenhar um percentual mínimo de suas receitas na área da saúde, conforme a alteração constitucional trazida pela EC nº 29, de 13/09/2000⁶. Nesse sentido, o art. 36 da Lei 8080/90, dispõe sobre o planejamento e gestão orçamentária e prevê que: "O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União"⁷. A incumbência de angariar recursos financeiros cabe, precipuamente, as três esferas de governo, que constituem o modelo tripartite de gestão do sistema de saúde, tendo como finalidade, subsidiar o SUS.

Com o passar o tempo, percebeu-se que o financiamento do sistema público de saúde foi afetado, tanto pela crise do capitalismo, quanto pelas reformas administrativas. O enfraquecimento do orçamento do SUS por parte do governo federal se deu pelo não cumprimento dos repasses de recursos estipulados pelo art. 55 Ato Disposições Constitucionais Transitórias, cuja previsão diz que 30% do valor arrecadado da Seguridade Social devem ser destinados ao SUS. Todavia, nunca houve o repasse integral do percentual estipulado. Em 2015 a dotação foi metade do previsto, provocando um subfinanciamento expressivo que permanece até hoje. Somando-se a isso, em 2017, houve a implantação das políticas de austeridade com o advento da Emenda Constitucional nº 95, que provocaram o desfinanciamento das políticas públicas da saúde, bem como congelaram o teto de gastos por 20 anos. Tais cortes implicaram diretamente no desenvolvimento no sistema universal, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que constitui o primeiro nível de complexidade⁸.

É imperioso e fundamental analisar o financiamento da APS, pois ela é a base de todos os sistemas universais de saúde do mundo e constitui-se como porta de entrada desses sistemas. A APS no Brasil segue o padrão de cuidados primários, conforme a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), após a conferência internacional em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978. A APS também possui atributos essenciais e derivados que foram definidos por Starfield. Os atributos essenciais são: atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Os derivados constituem a: orientação familiar e comunitária e a competência cultural). Os objetivos principais da APS são promover saúde e prevenir doenças, e é conhecida como um modelo assistencial da atenção básica à Saúde (ABS) sendo executada de forma organizada, sistematizada, regionalizada, contínua e integrada de atenção à saúde. A APS no Brasil tem se mostrado cada vez mais importante, em razão da realidade socioeconômica em que se encontra o País, dispondo de rede de serviços multidisciplinares e autonomia para resolver até 85% dos problemas de saúde, sem a necessidade de tecnologias mais densas. Contudo, mesmo que a APS se valha de

tecnologias leves, isso não a torna menos dispendiosa dos outros níveis de complexidade, em razão da alta demanda no atendimento básico de saúde. É importante salientar que anualmente há um aumento na quantidade de pessoas dependentes exclusivamente do SUS, por força da crise econômica que assola o País, sendo esse é um dos motivos para avaliar e reformular as ações estratégicas periodicamente, a fim de ampliar o acesso e aumentar a eficiência dos serviços de saúde⁹.

Com a intenção de melhoria contínua, foram criadas políticas e programas visando o desenvolvimento da APS, além de monitorar os resultados. O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 com a finalidade de estruturar e acompanhar os serviços oferecidos pela atenção básica para o indivíduo/coletivo. Em 1996, entrou em vigor a Norma Operacional Básica (NOB/96), que instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), que tinha como foco orientar as transferências financeiras da Atenção Básica (AB), conforme previsto na lei 8.080/90. O PAB era composto por duas frações, fixo e variável. No PAB fixo, os recursos financeiros eram repassados com base no valor *per capita* da população municipal. Já no PAB variável, o repasse era referente a adesão de programas específicos e ações estratégicas. A NOB/96 foi fundamental para o desenvolvimento do PSF, inseriu processos automáticos de descentralização de recursos e instituição de uma política específica para a atenção básica, alavancou programas considerados estratégicos para o desenvolvimento da APS. Nos anos 2000, ocorreram algumas reformulações no modo de financiamento do SUS e foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), aumentando as responsabilidades assistenciais e criando o PAB ampliado, porém com o tempo este foi incorporado ao PAB fixo. Contudo, o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da atenção básica^{5 e10}.

Em 2006, houve a reformulação do pensamento de "programa" e compreendido que a atenção básica é um processo de ações estratégicas, multidisciplinares e integrativos dos serviços ofertados. Esse reconhecimento resultou na troca de nome de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF), que promoveu mudanças em algumas características no modo de financiamento, mas mantendo as características e os princípios

da APS¹¹. Ao longo dos anos a APS apresentou muitos avanços, mas esses avanços se vincularam ao desempenho do ESF, que em 25 anos de sua instituição, apresentou resultados positivos, dentre muitos, destacam-se a diminuição da mortalidade infantil, ampliação de acesso aos serviços de saúde e a redução de hospitalizações evitáveis, beneficiando todos os níveis de atenção, bem como a otimização de recursos financeiros e humanos. Diante de tantos avanços, a ESF, bem como a APS, ainda apresentam diversos desafios de ordem estruturante, sendo eles a qualificação do cuidado, homogeneização impostas pelo governo, resolutividade, integração da rede assistencial e o financiamento⁵.

Nesta perspectiva, a nova gestão do Ministério da Saúde do governo Bolsonaro, resolveu promover uma reformulação da APS, começando pelo financiamento e, em seguida, por novas medidas organizacionais. Conforme a publicação do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019¹², foi constituída a Secretaria da Atenção Primária à saúde (SAPS), que propôs mudanças nas ações sistematizadas e estratégicas, tendo como responsável Erno Harzheim e que concebeu todas as propostas de reformulação no âmbito desse nível de atenção.

As justificativas por parte do MS para essa mudança e outras foi buscar fazer correções das distorções distributivas, aumentando a eficiência e efetividade nos investimentos públicos e melhoria na qualidade dos serviços ofertados. Contudo, há várias argumentações contrárias à essas motivações¹³.

Dentre as diversas modificações propostas pelos MS para a Atenção Primária, destacam-se as mudanças no financiamento, alterações na carteira de serviços ofertados, projetos para ampliação da informatização, incentivo na formação e provimento de médicos nas áreas remotas e fortalecimento da clínica e equipe.

A alteração no modelo de financiamento se deu pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹. O novo modelo de financiamento, conhecido como "Previne Brasil", alterou a forma de distribuição de recursos federais, extinguindo o então PAB fixo, que previa o repasse ao município de valores de acordo com o porte populacional, *per capita*. O novo substituto considera que os repasses sejam feitos apenas por pessoas adscritas nas

unidades de atendimento básico (UBS), além do pagamento condicionado ao desempenho e ao incentivo às ações estratégicas. Com isso, conforme justificativa do MS, o novo modelo pressupõe ampliar a cobertura populacional e expandir as equipes do ESF, refletindo no aumento da satisfação dos usuários, na responsabilização e resolutividade das equipes, gestores e representantes governamentais. Essas alterações no modo de financiamento objetivam corrigir as distorções de acesso à saúde e aumentar o repasse de recursos federal aos municípios mais vulneráveis, fortalecendo a APS¹⁴.

Entretanto, há questionamentos quanto aos efeitos da mudança no modelo de financiamento apresentando pela SAPS, pois mesmo fundamentado em estudos internacionais, faz-se necessário avaliar suas reais limitações e perspectivas, tendo em vista que o cenário socioeconômico do Brasil é diferente dos países com sistemas universais de saúde em que esse modelo é aplicado. Outrossim, o novo modo de financiamento fomenta questionamentos no que se refere ao princípio da universalidade.

Para tanto, o objetivo deste trabalho é revisar o novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde no SUS e seus elementos relacionais, tendo como base a literatura científica disponibilizada pelo seu mentor Erno Harzheim, Secretário da Atenção Primária do Ministério da Saúde (2019-2020).

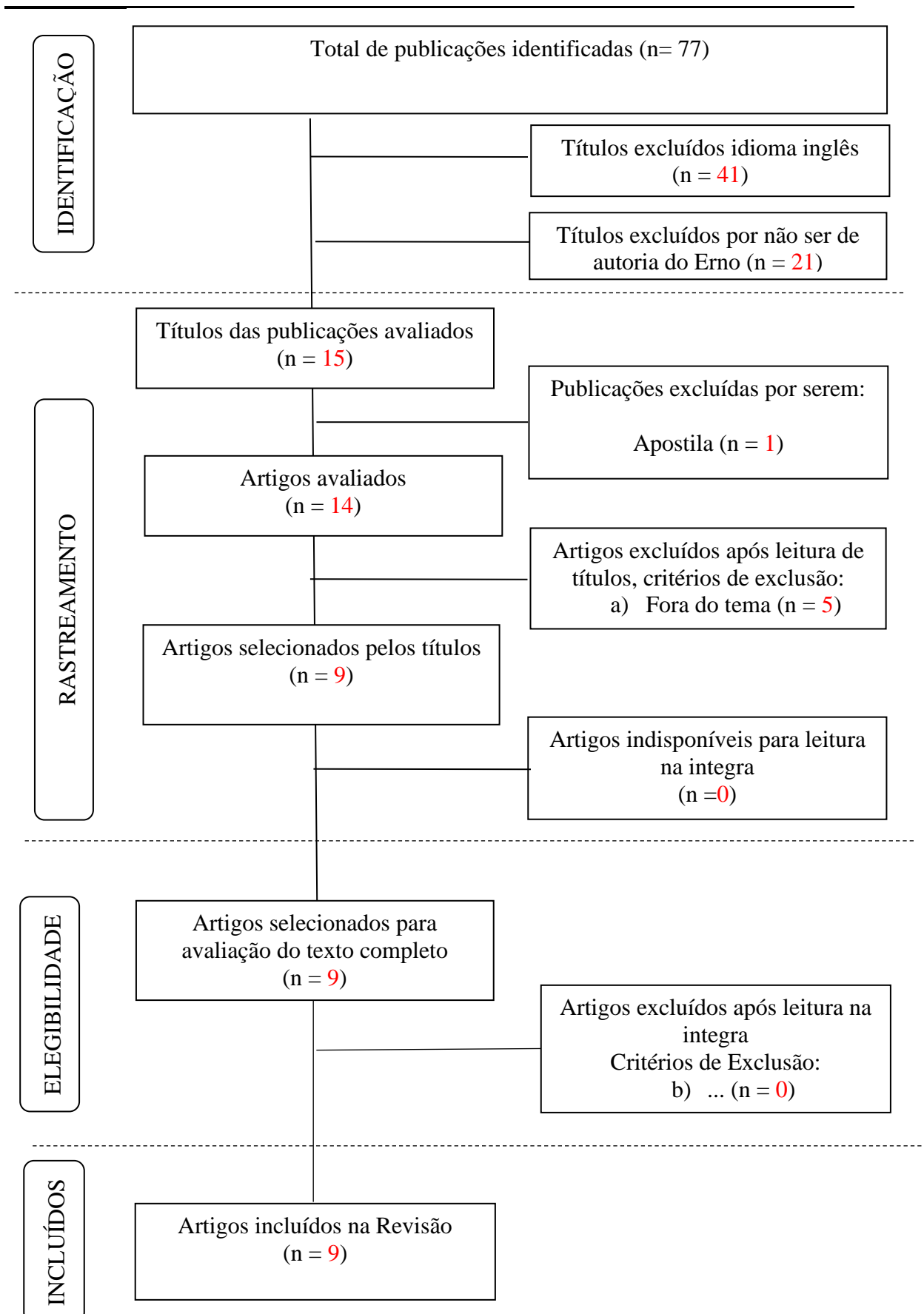
Metodologia

O estudo se refere a uma revisão narrativa, tendo como pergunta de pesquisa: “o que a literatura científica disponibiliza sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde no SUS à luz da contribuição de Erno Harzheim, destacando os desafios no âmbito da gestão?” Optou-se por trabalhar com o Google Acadêmico para a busca de artigos de Erno Harzheim, à medida que se trata de uma forma simples e direta de pesquisar literatura acadêmica. A busca se limitou aos artigos desse autor publicados a partir do ano 2019.

Em 13 de agosto de 2020, foram feitas pesquisas no Google Acadêmico, inserindo no campo de pesquisa o nome de Erno Harzheim, estabelecendo o filtro para artigos desde 2019. Após esse processo de busca obteve-se o resultado de 77 artigos, que foram extraídos

e passaram por um processo de seleção, a fim de obter somente artigos relacionados ao assunto relacionado à pergunta de pesquisa. Foram excluídos 41 artigos no idioma inglês, 21 artigos que não eram de autoria do Erno Harzheim, 1 monografia e 5 artigos que não estavam relacionados ao assunto. Dessa forma, restaram 9 artigos incluídos para a revisão.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde no SUS



Resultados e Discussão

Todos os 9 (nove) artigos incluídos nesta Revisão são de acesso aberto e foram acessados nos sítios dos respectivos periódicos. A partir da leitura na íntegra dos artigos, os estudos foram sistematizados de acordo com os interesses de investigação desta revisão. Para uma visão do número de artigos segundo as Revistas Científicas, apresentamos o Quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Relação das Revistas Científicas para os 9 (nove) artigos incluídos na Revisão

Revistas Científicas	número
Ciência & Saúde Coletiva	5
Rev Bras Med Fam Comunidade	2
Revista de Saúde Pública	1
Rev Panam Salud Publica	1
Total	9

Chama a atenção o alto volume de artigos publicados na Revista Ciência & Saúde Coletiva em um curto período de tempo. Identificou-se que 4 foram publicados em 2020 e 1 em 2019. Sabe-se que a proposta do novo modelo de alocação de recursos para a atenção primária foi aprovada em dezembro de 2019 na Comissão Intergestores Tripartite. Naquele momento, o Conselho Nacional de Saúde denunciava a ausência de tempo necessário para seu entendimento e discussão, levando a que a nova proposta nem tivesse sido passada pela análise do controle social do SUS. Talvez, esse pode ser um dos motivos que explique a pressa na publicação e o excesso de artigos publicados em 2020.

Após a leitura na íntegra dos 9 artigos incluídos nesta revisão, extraíram-se deles os seguintes conteúdos: autor(es), ano, título, objetivo(s) do estudo, metodologia, principais resultados, entendimento sobre atenção primária e desafios da proposta do artigo, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2: Artigos incluídos na revisão: títulos, autores, ano, objetivos, metodologia, principais resultados e como esses estudos abordam o entendimento da atenção primária e os desafios para as propostas apresentadas.

TITULO	Autores - Ano	Metodologia	Objetivos	Principais resultados	Entendimento sobre atenção primária	Desafios da Proposta
Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à saúde em nível nacional: novos desafios	Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, D'Avila OP. - 2020	Qualitativo	Corrigir distorções distributivas e orientar para maior efetividade e eficiência no investimento público e na qualidade dos serviços prestados.	Foram feitas alterações no modelo de monitoramento e avaliação da APS, com a finalidade de simplificar os indicadores, facilitando o acompanhamento da APS e das informações que implicam no repasse financeiro.	Entende que a APS deve ser organizada de maneira lógica e com prioridade para a melhoria do acesso e qualidade no atendimento. Assim sugere que a partir de 2019, existam 7 indicadores de avaliação, chegando em 2021 em 21 indicadores. O argumento principal é que a APS precisa ser melhor mensurada, captando melhor sua realidade, evitando manipulações e fraudes.	Implantação de complexidade e progressiva, Sistema de acompanhamento e monitoramento elaborado com base em estudos do Reino Unido e Portugal, com a realidade socioeconômica totalmente diferente do Brasil.
Criação da secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS	Reis, J. Harzheim, E. Nachif, MC. Freitas, J. D'Avilla, O. Hauser, L. Martins, C.	Qualitativo	Aborda a criação da SAPS e apresenta novas propostas para a gestão da APS: 1- Definição de um novo modelo de financiamento baseado em	Apresentação das características da SAPS e da alteração no modelo de financiamento, definição do novo modelo de provimento e formação de	Entende como atributos da APS: acesso no primeiro contato, a longitudinalidade e, integralidade e a coordenação do cuidado. Para	Assegurar a ampliação do acesso aos serviços de saúde bem como implantar o novo modelo de

	Pedebos, L A. Pinto, L F. - 2019		resultados em saúde e eficiência; 2- Definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos para áreas remotas; 3- fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe, 4 - Ampliação da informatização das unidades e prontuário eletrônico.	médicos para áreas remotas, fortalecimento da clínica e ampliação de informatização nas unidades e prontuário eletrônico.	tanto, a APS deve ser locus prioritário para alocação de recursos financeiros, assim como é feito em outros países com sistemas universais de saúde. A Criação da SAPS torna a APS protagonista em relação aos demais níveis de atenção, facilitando assim decisões acerca da destinação orçamentaria por parte do governo federal.	financiamento.
"Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde	Harzheim, E. 2020	Qualitativo	Discute as bases do novo modelo de financiamento, explicitando seu equilíbrio em relação aos valores financeiros repassados para os municípios de acordo com as reais necessidades e também à população efetivamente cadastradas nas equipes de Saúde da Família.	Apresenta as justificativas da necessidade dessa alteração e seus benefícios, mostrando dados de anos anteriores e uma projeção que esse novo modelo pretende alcançar (financeiro e cobertura populacional).	O autor entende a APS conforme proposta de Barbara Starfield (o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde). Busca uma sincronia entre os atributos da APS, princípios do SUS, modernização do século XXI e as mudanças sociais e culturais.	Padronizar o modelo de financiamento o misto para todos os municípios; cadastrar 50mil equipes até 2022; ampliação das equipes ESF; acabar com os cadastros duplicados e cadastrar mais 50 milhões de pessoas; fazer um potente monitoramento e baseado nos novos Sugeridos.

<p>Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: Mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família</p>	<p>Harzheim, E. Santos, C. D'Avila, O. Wollmann, L; Pinto, L F. 2020</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Apresenta e analisa as principais propostas governamentais desde 2019, para transformações e fortalecimento da APS.</p>	<p>Apresentar e justificar as alterações feitas pela SAPS frente ao financiamento insuficiente da APS, a escassez de profissionais qualificados, a necessidade de maior informatização da APS e a ausência de integração de dados clínicos, A SAPS deu atenção para cada desafio e criou estratégias sistêmicas e integradas entre si que representam mudanças estruturantes e contribuirá para transformar e desenvolver a APS, mas manter sua essência. Essas alterações vêm ao encontro da pergunta, pois uma das alterações é o modo de financiamento.</p>	<p>A APS deve seguir os atributos de Starfield como única forma de contribuir para a sustentabilidade do SUS.</p>	<p>A SAPS deve assegurar estratégias sistêmicas e integradas que possam garantir mudanças estruturantes e investimentos em governança clínica para transformar a APS</p>
<p>Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil</p>	<p>Harzheim, E. D'Avila, O. Ribeiro, D. Ramos, L. 2020</p>	<p>Quantitativo e Qualitativo</p>	<p>Apresentar um debate sobre a nova política de financiamento para atenção primária à saúde no Brasil, bem como apresentar os resultados de alguns cálculos que fazem comparação ao modelo de financiamento anterior o atual.</p>	<p>Indica que há baixo número de cadastros, apenas 90 milhões de pessoas cadastradas na ESF/APS e reforça a necessidade da ampliação da cobertura populacional por meio da captação ponderada, com ênfase em pessoas pobres e no pagamento por desempenho dos</p>	<p>Baseia-se numa APS, com modelo de financiamento, que siga a contribuição do Banco Mundial e Universidade de Harvard.</p>	<p>Atualizar a APS para o século XXI, fortalecendo seus atributos em relação aos princípios de universalidade e equidade do SUS.</p>

				<p>municípios, utilizando o <i>Free-for-service</i> como referência.</p> <p>Apresenta cálculos que demonstram as alterações nos valores financeiros repassados para os municípios, indicando seu aumento para mais de 4.200 municípios, podendo chegar a R\$ 2,3 bilhões anual, com incremento de 11% do valor do repasse federal, em relação aos valores repassados em 2019.</p>		
<p>Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil</p>	<p>Tasca, R. Massuda, A. Carvalho, W M. Buchweitz, C. Harzheim, E. -2020</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Elaborar recomendações estratégicas para fortalecer a APS no SUS, por meio de consultas a especialistas.</p>	<p>Recomendações em relação à: aumento da ESF; ampliação do acesso à APS; formação de profissionais para atuação multidisciplinar; alocação de tecnologias com maior resolutividade; aprimoramento da regulação/coordenação de serviços; apoio a estrutura e financiamento; recursos humanos, provimento de profissionais; transparência nas ações da APS; e o papel mediador da APS no sistema de saúde.</p>	<p>Reconhece os atributos essenciais da APS, conforme definidos em Starfield e pretende estabelecer sua sintonia com a sua melhoria contínua, em relação aos princípios do SUS.</p>	<p>O estudo apresenta limitações em seus resultados, pois é feito a partir de uma amostra, não conseguindo retratar a diversidade e a real necessidade de cada território. Enfrentar a escassez de profissionais médicos, restrições orçamentárias, localizações remotas e maior cobertura populacional por planos</p>

						privados de saúde.
Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil	Cunha, C R H. Harzheim, E. Medeiros, O. D'Avila, O. Martins, C. Wollmann, L. Feller, L A. 2020	Análise documental	Apresenta o processo de implementação da carteira nacional de serviços para a APS e os desafios para a ampliação da integralidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.	Definição de 210 itens para a Carteira, incluindo as ações de integração entre atenção primária e vigilância em saúde. Indicação que o modelo da carteira nacional pode ser adaptado à realidade municipal.	Entende a APS como um alicerce necessário para conseguir a cobertura universal de saúde, com enfoque mais eficaz, eficiente e equitativo, em sintonia com a visão de Barbara Starfield. Para tanto, concebe a Carteira de Serviços, também utilizada na Espanha e Portugal, como um instrumento organizacional importante para auxiliar os profissionais nos processos gerenciais.	Assegurar a integralidade diante da heterogeneidade de cada município e o empenho dos profissionais envolvidos. Necessidade de revisão periódica da carteira de serviços, de acordo com as mudanças naturais na saúde e doença.
Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível	Vidal, T. Rocha, S. Harzheim, E. Hauser, L. Tesser, C D; - 2019	Estudo Transversal Multinível	Investigar a relação entre a percepção do usuário sobre a qualidade da APS e o modelo de agendamento. em 11 centros de saúde em Florianópolis.	A Maior disponibilidade de serviços de APS não resultou em uma melhoria expressiva que garantisse cobertura universal e equitativa. O desfecho relata a maior satisfação dos usuários em relação a redução do tempo de espera. Uma forma de agendamento efetiva melhora o ambiente de	. O desfecho relata a maior satisfação dos usuários em relação a redução do tempo de espera. O autor entende que a APS deve atingir o melhor resultado em acesso, para que possa atender seus atributos essenciais (acesso de primeiro	Considerar as limitações do estudo: elaborado só para consultas médicas, não mensurando o as de enfermagem; não avaliar o absenteísmo, demanda não atendida, tempo de atuação na equipe de saúde e

				trabalho, a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a satisfação da equipe de saúde, o acesso oportuno, experiência do usuário.	contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e para isso deve sempre passar por processos avaliativos.	tempo de formação e titulação profissional, bem como a jornada de trabalho dos profissionais.
Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade	Wollmann L. D'Avila, OP. Harzheim, E.	Qualitativo	Ampliar a oferta dos serviços médicos no âmbito da APS com ênfase nos pequenos e distantes municípios. Corrigir distorções do programa anterior, o Projeto Mais Médicos (PMM).	O Programa Médicos pelo Brasil (PMPB) tem critérios de alocação de voltados a equilibrar a equidade e garantir qualidade de trabalho aos profissionais médicos que aderem ao programa	A atenção primária no Brasil deixa lacunas nos serviços médicos ofertados aos municípios pequenos e remotos.	equilibrar interesses que parecem antagônicos, e ofertar serviço de qualidade na APS.

Os periódicos selecionados foram divididos em três âmbitos que são complementares: financiamento, gestão e ações estratégicas.

Os Autores^{5,14 ao 21} **entendem a atenção primária** conforme estabelecido por Starfield e reconhecem a fragilidade da atenção primária no Brasil devido à má alocação de recursos financeiros. Defendem que o novo modelo de financiamento fará correções e contribuirá para o fortalecimento da APS e de seus atributos essenciais e derivados. Sellera et al¹⁵ entende que a APS deve ser organizada de maneira lógica e com prioridade para a melhoria do acesso e qualidade no atendimento. Tasca et al¹⁸ aponta recomendações que pretendem estabelecer melhorias contínuas para a APS e para os princípios do SUS.

Harzheim et al⁵ compreende que a APS forte é mais eficiente e garante melhores resultados à população. Destaca-se a necessidade da sincronia entre os atributos da APS,

princípios do SUS, modernização do século XXI e as mudanças sociais e culturais. Entende-se que os valores financeiros repassados para a APS não são distribuídos de forma equânime, prejudicando o desenvolvimento da APS nos territórios mais vulneráveis ou remotos, resultando na ineficiência da APS. Reis et al¹⁶ defende que a atenção primária à saúde deve ser o lócus principal de alocação de recursos financeiros da saúde, como forma de garantir o fortalecimento de seus atributos, aumentar a eficiência dos serviços prestados e colocar a atenção primária à saúde como condutor na coordenação dos outros níveis de complexidade.

Após a criação da SAPS, foram elaboradas propostas e ações estratégicas com o objetivo de fazer correções distributivas, bem como aumentar a efetividade e eficiência nos valores empenhados na APS. A criação da SAPS deu status institucional e ministerial a APS, subsequente a isso, deu protagonismo à APS na cadeia decisória do Ministério da Saúde (MS). Alguns dos compromissos firmados pela SAPS foram: (I) ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família, (II) definição de um novo modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência, (III) definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos para áreas remotas, (IV) fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe, (V) ampliação da informatização das unidades e prontuário eletrônico¹⁶.

Os principais resultados dos periódicos apontam^{5,14 ao 21} que entre as propostas feitas pela SAPS, destaca-se o novo modelo de financiamento. O novo modelo de financiamento que altera os critérios para repasse, tem como pressupostos: a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas. Um dos objetivos do novo modelo de financiamento é corrigir distorções distributivas, bem como ampliar o acesso à saúde, melhorar a qualidade e efetividade da APS. Os cinco pontos centrais que direcionam o fortalecimento da APS são: I) Ampliação de recursos financeiros para aumentar as equipes do ESF; II) Ampliação da cobertura populacional; III) Reduzir distorções no financiamento; IV) Equilibrar o financiamento de acordo com a equidade; V) Ampliar o acesso e reduzir as desigualdades. Essa alteração no financiamento também

propõe a radicalização dos atributos da APS, pressupondo fazer uma reforma estruturante a partir cinco pontos centrais.

Harzheim et al^{5,14} reconhece os avanços que a ESF trouxe a APS ao longo de seus 25 anos, porém destaca que o ESF/APS apresenta ineficiência. Através de estudos feitos pelo Banco Mundial, foram levantados dados que apontavam um desperdício anual de aproximadamente R\$9,3 bilhões, além da APS só atingir em torno de 60% de eficiência. Paralelamente a esses resultados, a avaliação de indicadores apresentou baixo desempenho dos atributos essenciais e derivados da APS. A partir dessas informações, objetivando melhorias no desenvolvimento da APS, a gestão da APS buscou profissionais com experiência e conhecimentos técnicos para desenvolver um novo modo de financiamento (essa alteração no financiamento contou com ajuda de especialistas do Banco Mundial, Harvard, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Tasca¹⁸ apresenta 20 recomendações, que enfatizaram a expansão do ESF. Um dos pontos principais das recomendações está nas tecnologias leves que APS já vem desenvolvendo através do ESF, pontualmente no contato entre pessoas. É preciso aprimorar esse relacionamento do profissional com o usuário para entender as reais necessidades. É necessário haver facilidade no acesso da APS para a população. Além disso, o usuário deve ser o centro da atenção, assim como as necessidades em saúde devem ser a base de organização dos serviços. Recomenda-se fortalecer o mecanismo de acesso avançado na APS e aos serviços disponibilizados, como também o acompanhamento da equipe multiprofissional.

Harzheim et al^{5,14} considera que a alteração no modo de financiamento visa otimizar os recursos financeiros, alocá-los de forma estratégica a fim de contribuir para o fortalecimento dos atributos da APS, conforme destacado nos cinco pontos centrais. Essa alteração apresenta um modelo de financiamento misto, com características semelhantes ao free-for-service, que tem como base o pagamento condicionado. Estima-se que antes de 2019, o valor recebido por usuário através do PAB fixo era de R\$28,00 por ano, e com a

alteração no modo de financiamento esse valor poderá variar de R\$50,50 a R\$131,30, conforme a pontuação de vulnerabilidade. Até 2019, o repasse financeiro federal se dava pelo então PAB fixo (*per capita*) por população municipal. Em 2019, entra em vigor a portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹, que estabelece novos critérios de repasse de recursos financeiros federais. Dentre os critérios de repasse implementou-se a captação ponderada, que condiciona o pagamento por usuários adscritos na ESF/EAP e não mais por porte populacional (PAB fixo). A captação ponderada é vinculada a um sistema de pontuação, que classifica as condições de vulnerabilidade socioeconômicas e ajuste demográfico. A pontuação é dividida por três critérios: vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e ajuste de distância. A pontuação varia de 1 a 2 pesos para cada critério, aumentando os valores de repasse proporcionalmente a pontuação obtida.^{5,14}

Harzheim et al^{5,14} expõe que houve uma comparação de transferências municipais no período de 2019 a 2020. Para calcular os resultados dessa mudança, foram levados em consideração condições socioeconômicas e demográficas. Após essa comparação, concluiu-se que os municípios poderão sofrer uma variação de 3% a -3%, com efeitos de ganhos e perdas de recursos financeiros. Em suma, essa avaliação apresenta que aproximadamente 24,3% dos municípios poderão ter perdas nos repasses financeiros, em contrapartida 75,4% poderão se beneficiar com o aumento dos recursos transferidos. Entretanto, foi reconhecido que o rompimento do PAB fixo trará efeitos negativos para alguns municípios, um meio para diminuir os danos a esses municípios (aproximadamente 1.098 municípios) em 2020, foi manter por 12 meses os valores repassados de maior competência em 2019. Reis et al¹⁴ menciona que o valor estimado de aumento entre os anos 2019 e 2020 será de aproximadamente 3,5 bilhões, se atenderem os critérios exigidos. Entende-se, que a alteração no financiamento com base na captação ponderada propõe a aproximação do princípio da equidade, pois proporciona mais atenção aos municípios socioeconomicamente vulneráveis em relação àqueles que são mais desenvolvidos, além de aumentar a eficiência da atenção primária à saúde.

Além de um aumento nos recursos financeiros, calcula-se que haverá um potencial aumento de pessoas cadastradas e ampliação das equipes da estratégia saúde da família, objetivando ampliar o acesso e corrigir distorções que vem contribuindo para o aumento da desigualdade social. Os periódicos explicam que a vinculação da captação ponderada ao modelo de financiamento visa ampliar a cobertura populacional cadastrada no ESF/EAP. Atualmente o ESF tem 90 milhões de pessoas cadastradas. Esse número está abaixo do esperado, pois a nova proposta estima cadastrar mais de 50 milhões de pessoas (sendo 30 milhões cadastradas no bolsa família, ou seja, pessoas vulneráveis), podendo atingir mais de 148 milhões de pessoas. Salienta-se, que o cadastro dos usuários não era feito pelo número emitido no Cadastro de Pessoa Física (CPF), por esse motivo havia muitos cadastros duplicados, gerando inconsistência na base de dados. ⁵

Harzheim et al⁵ disserta que a nova proposta visa aumentar potencialmente as equipes saúde da família (ESF). A ampliação pretende ser compatível com a quantidade da população cadastrada. Estima-se que cada equipe atenda de 3 a 4 mil pessoas. A primeira competência financeira com base cadastral de 2020 ampliará cerca de 6% a mais em relação a dezembro de 2019. A pretensão é ampliar para 50.000 equipes cadastradas no ESF em 2022.¹⁴ Essa combinação de critérios para o repasse financeiro (captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo das ações estratégicas), pressupõe aumentar a qualidade do cuidado, pois as equipes e os gestores deverão trabalhar com maior responsabilização por cada usuário adscrito. Com efeito, o autor entende que trabalhar com modelo de financiamento condicionado trará resultados positivos para os usuários e para a APS.

A proposta de pagamento condicionado foi inserida com base em estudos e exemplos internacionais, extraídos de diversos países que também adotam esse modelo de pagamento e tem a APS como base de serviços de saúde, sendo eles: Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Portugal, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Holanda entre outros. Cada um desses países apresenta particularidades, porém todos adotaram esse modelo de financiamento com um objetivo em comum, aumentar a eficiência da APS. O autor aponta

que a experiência internacional é heterogênea, contudo, foram adaptadas à realidade do Brasil, e isso contribuiu para a implantação desse modelo de financiamento¹⁴.

Paralelo a proposta de alteração do modo de financiamento, a SAPS também reformulou o modo de monitoramento e avaliação dos atributos da APS e a carteira de serviços da atenção primária à saúde. Sellera et al¹⁵ demonstra que o monitoramento e avaliação são feitos através de indicadores, que têm impacto direto na gestão das políticas públicas em saúde, pois se enquadram como ferramenta gerencial e servem como orientador nas alocações de recursos, auxiliando nas tomadas de decisões e resultando numa gestão efetiva. Foram introduzidos 7 indicadores e até 2021 se chegará a 21 indicadores, que atuarão de forma crescente e de complexidade progressiva sendo monitorados mensalmente. Esses indicadores compõem a base do processo de financiamento e buscam corrigir erros no desenvolvimento do ESF/APS em cada município. Para essa inserção de modelo avaliativo, foram coletados exemplos de países que também utilizam o pagamento por desempenho baseado em resultados. Os indicadores que serviram como exemplo são mais precisos e apontam para maior sensibilidade para aferir e cotejar os resultados, contribuem para melhoria no registro dos usuários e redução de falhas. A reformulação nos indicadores propõe trazer melhorias na qualidade da atenção primária à saúde, bem como facilitar o modo de avaliação, através de indicadores mais precisos e menos burocráticos. Para definição dos indicadores utilizados na atenção primária do Brasil, foram feitos estudos com exemplos internacionais de países que também utilizam o sistema universal de saúde, sendo eles: Portugal e Reino Unido, além disso, teve suporte técnico do Banco Mundial e de representantes do Conselho nacional dos secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com o intuito de fazer uma alteração nos indicadores de forma democrática mais sensível à realidade.

Quanto a carteira de serviços, trata-se de um documento que visa orientar as ações de saúde. Cunha et al¹⁹ afirma que também é uma ferramenta organizacional, que auxilia os profissionais nos processos operacionais e gerenciais. Com função informativa e

organizativa, orienta os usuários quais serviços e ações podem ser encontrados nas unidades da atenção primária à saúde e conduzem o fluxo de atendimento. A carteira de serviços coloca o usuário no centro do cuidado, além de contribuir para a melhoria no atendimento e satisfação. Também contribui para o aumento da eficiência na ESF/APS. No âmbito da gestão, as ferramentas gerenciais e organizacionais são de extrema importância, a carteira de serviços pressupõe garantia de integralidade, condições estruturais e do processo de trabalho.

Ademais, há dois periódicos sobre implantação de ações estratégicas que visam contribuir positivamente para o desenvolvimento da atenção primária no Brasil. O primeiro, Vidal et al²⁰ investiga a relação entre a qualidade da APS (percebida pelo usuário) e o modelo de agendamento de consultas adotado na APS. É uma análise multinível que foi utilizada para verificar a relação entre o escore de qualidade geral da atenção primária à saúde e o modelo de agendamento. A diminuição da espera do agendamento e ampliação de acesso surtirá efeitos positivos nos indicadores de qualidade, é esperado maior agilidade e sensibilidade nas necessidades dos usuários para que esteja positivamente relacionado a qualidade dos serviços prestados e conseqüentemente na ampliação do acesso a APS. O estudo detectou efeitos positivos no acesso avançado, proporcionando equilíbrio dos serviços ofertados pela APS e demanda, resultando positivamente na qualidade. Melhorias no modelo de agendamento podem aumentar o acesso à APS.

O segundo, Wollmann et al²¹, apresenta o Programa Médicos Pelo Brasil (PMPB), que busca equilíbrio da equidade através alocação dos médicos nos municípios pequenos e distantes. Entende-se que a oferta de serviços da APS é menor nas cidades mais distantes, por meio deste programa. A SAPS visa a ampliação e a alocação de vagas nesses municípios, dando incentivos financeiros e qualificação profissional aos médicos que o aderirem. Ademais, visa corrigir distorções do programa anterior, o Projeto Mais Médicos (PMM).

Entre os **desafios das propostas**, Vidal et al²¹ expõe que a maior disponibilidade de serviços de APS não resultou em uma melhoria expressiva que garantisse cobertura universal

e equitativa. Wollmann et al²¹ ressalta que um dos desafios da implantação PMPB é equilibrar interesses que parecem antagônicos e ofertar serviço de qualidade na APS.

Sellera et al¹⁵ salienta que um dos maiores desafios da APS é o seu monitoramento e avaliação, devido apresentar características variadas e multidimensionais. Cunha et al¹⁹ reconhece que dentre muitos desafios a integralidade ainda parece ser o mais consistente, pois envolve a heterogeneidade de cada município e o empenho dos profissionais envolvidos. Faz-se necessário revisões periódicas da carteira de serviços, pois há mudanças naturais no processo de manutenção da saúde e doença.

Harzheim¹⁴ destaca que o desafio do financiamento é padronizar o modelo de financiamento misto para todos os municípios e reconhece que a experiência internacional é heterogênea, tornando-se mais difícil no processo de avaliação dos indicadores e conseqüentemente não tem garantia de ser eficaz, principalmente no processo de ser referência para implantação em outros países.

Contudo, questionamentos têm se levando a respeito do novo modo de financiamento implementado por Erno Harzheim, pois apresenta possíveis efeitos negativos e distorções aos princípios do SUS. É notável a má alocação de recursos públicos no Brasil, isso aliado a crise do capitalismo contemporâneo, promove a destruição das políticas públicas de modo geral e especialmente no que toca a saúde. Ocorreram, também, grandes incentivos ao sistema privado, colocando em questão a sobrevivência do SUS. Vale mencionar que o investimento do Produto Interno Bruto (PIB) incentiva o sistema privado de saúde, pois injeta um percentual maior do que o destinado para a saúde pública, além das renúncias fiscais sobre os impostos de renda com gastos em saúde privada⁸. Outrossim, podemos nos referir as privatizações, que são condizentes com a redução de gastos em saúde ressoando um tendencioso desmonte do SUS. Na mesma linha de raciocínio Giovanelli et al. Corroboram

[...]Ao mesmo tempo em que o setor privado é privilegiado, o SUS é financiado inadequadamente, abaixo do previsto pela Constituição, com recursos menores de 4% do PIB (Tabela 1), insuficientes para a garantia do direito universal à atenção integral à saúde. Desde a Constituição, o SUS e o setor privado cresceram de modo importante. ^{22, P.1773}

Entende-se que, além do novo modelo de financiamento, o sistema privado de saúde também é preponderante para o desmonte do SUS, pois estritamente ligada aos processos de privatização no Brasil, diminuindo o acesso à saúde pública, forçando a procura pela saúde privada. Todavia, mesmo com a potente mercado de saúde privado, não deve ser desvinculada a ideia de que a saúde é um direito de todos e deve ser garantido pelo Estado, conforme previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988. Hodiernamente, temos uma parcela de associados na saúde privada, representando cerca de 24,5%²² da população, servindo de forma como complementar e como um auxílio para desafogar o SUS. Haja vista que essa parcela de pagantes também utiliza o SUS, mesmo que de forma indireta e/ou esporádica. Ressalta-se que o acesso a saúde pública é indispensável, por ser um direito fundamental e caracterizado de forma universal e igualitária.

Então, questiona-se, como ficarão os repasses financeiros para o atendimento dos usuários não cadastrados no ESF? Já que o atendimento será feito somente aos cadastrados nas unidades básicas de saúde e acompanhando pelo ESF. Questiona-se também, como serão repassados os valores para as unidades básicas quando os usuários que não querem manter vínculos diretos com o ESF, mas utilizam o sistema de forma esporádica devido seu direito ao acesso do serviço de saúde? Essas situações específicas não foram agasalhadas pelo novo modelo de financiamento proposto por Erno Harzheim, tendo em vista que ele abarca apenas o usuário adscrito na ESF, condicionando o pagamento ao usuário ativo. O novo modelo de financiamento da APS, além de não contemplar a coletividade, faz com que o princípio da universalidade que rege o SUS, seja veementemente violado. Nesse sentido, dissertam Mendes e Carnut

[...]Na realidade, busca-se a valorização da 'pessoa' (indivíduo) cadastrado, identificando a 'pessoa' mais pobre. Relaciona-se essa prioridade a ideia de alcançar maior eficiência dos serviços, focalizando-os. Não se invoca o coletivo, a população em geral, como os princípios de um Sistema universal de saúde exigem (universalidade do acesso).^{13, P.17}

Entende-se que o pagamento integralmente condicionado aos adscritos, estimula a limitação de acesso aos serviços de saúde, priorizando os mais vulneráveis e consequentemente excluindo os menos vulneráveis, que também tem direito à saúde. Ademais, o novo modelo de financiamento não apresenta nenhum plano de cobertura de custos para pessoas que queiram se valer do SUS sem estarem vinculadas no ESF. Não há no modelo de financiamento uma cobertura universal. Nesse sentido aponta Morossini et al.

[...]Relativiza-se a universalidade, recomendando a cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social; desenha-se a segmentação do cuidado pela oferta de padrões diferenciados de serviços (básico e ampliado); desloca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) de sua posição central para a organização da atenção básica, admitindo composições de equipe e carga horária que retomam a chamada "atenção básica tradicional".^{23, p.2}

Nota-se que o princípio da universalidade está sendo diretamente violado pelo novo modelo de financiamento, pois, o novo modelo de financiamento enfatiza a cobertura populacional mais vulnerável, surtindo assim efeitos negativos, afetando as demais classes sociais. O "Previne Brasil" foi aplicado através de estudos e modelos extraídos de países com desenvolvimento socioeconômico diferente do Brasil, não levando em consideração sua heterogeneidade.

Morossi²³ aponta que a essas alterações na atenção primária, constituem um pretexto que tem como escopo ampliar a eficiência e efetividade dos recursos públicos aplicados na saúde. Entretanto, trata-se de manobras totalmente ligadas a racionalidade financeira, implicando no direito à saúde, desconfigurando o compromisso constitucional. O sistema único de saúde está sendo, aos poucos, com esse novo modelo de financiamento, totalmente desintegrado, violando uma das suas características principais que é a universalidade. Ademais Mendes e Carnut¹³ apontam claramente que o SUS que conhecemos atualmente passará por mudanças significativas na sua estrutura. Pode-se afirmar que o novo modelo de financiamento implementado, nada mais é do que a denominada Cobertura Universal da Saúde (CUS), cujo pressuposto é atender apenas as

pessoas em condição de vulnerabilidade, sob a alegação de escassez de recursos por parte do Estado.

Conclusão

As alterações propostas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) devem ser avaliadas de forma integral, imparcial e estratégica, visando o bem estar da sociedade como um todo e não de forma excludente. Todas as propostas feita pela SAPS apresentam grandes desafios, dentre esses destacam-se os efeitos negativos trazidos pelo novo modelo de financiamento. O novo modelo de financiamento deve ser acompanhado de forma assídua, visto que poderá haver rupturas significativas na universalidade do sistema único de saúde. A proposta "Previne Brasil", destoa dos princípios do SUS, causando a ela modificações que trarão prejuízo à sua estrutura, bem como implicará no direito de acesso à saúde para a população que não se enquadra nos critérios de vulnerabilidade socioeconômica, provocando, ainda, uma verdadeira iniquidade aos demais municípios e munícipes.

O novo modelo de financiamento, apesar de ter uma proposta inovadora de nivelar a situação dos municípios no que tange a aplicação de recursos financeiros, peca ao não incorporar nas suas políticas públicas os indivíduos que não estejam adscritos nas unidades básicas de saúde, contribuindo para a limitação do acesso e distorção do princípio da universalidade.

Ressalta-se que a situação econômica do Brasil é factível aos princípios da lei 8.080/90 e da Constituição Federal 88 (CF/88), porém a alocação de recursos deve ser feita de forma estratégica, para que atenda ao previsto no artigo 196. É fundamental que se tenha um plano de alocação de recursos que otimize os custos, entretanto o direito à saúde é inegociável.

A garantia do direito à saúde previsto na CF/88 tem sofrido ataques severos que estão trazendo prejuízos avassaladores para a sociedade. A universalidade no atendimento à saúde é um dos principais pilares do SUS, sua retirada implica, necessariamente, em impactos sociais jamais vistos anteriormente.

Observa-se também que o Estado como se conhece hoje está sendo formulado por meio dos grupos dominantes. A intenção em diminuir a máquina pública é pressuposto do neoliberalismo que furtivamente tem adentrado as esferas governamentais com o objetivo de estabelecer seus ideais por meio de ações governamentais.

As políticas públicas têm sofrido com essa reformulação do Estado brasileiro, que está transitando de um Estado Social para um Estado (neo)Liberal. As conquistas sociais obtidas com a redemocratização do País, aos poucos, estão sendo desintegradas.

Em suma, o novo modelo de financiamento é claramente uma forma de aniquilação do sistema único de saúde e visa transformá-lo em cobertura universal de saúde. Essa cobertura universal de saúde, limita o acesso, abrangendo apenas pessoas cadastradas no ESF e focalizando as pessoas que são pobres, além disso, forçará os demais cidadãos brasileiros a procurarem atendimento no sistema privado de saúde. O novo modelo de financiamento constitui uma política neoliberal de diminuição dos direitos sociais para fortalecer os interesses das grandes corporações.

Referências

1- Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019 – Diário Oficial da União publicado em 13/11/2019| Edição: 220| Seção: 1 | Página: 97. Sítio para pesquisa: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> acessado em 06/01/2021

2- Lei Complementar Nº141, de 13 de janeiro de 2012 – Artigo nº 17 – sítio para pesquisa: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm acessado em 06/01/2021

3- Santos Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Junho de 2018 [citado em 06 de janeiro de 2021]; 23 (6): 1729-1736. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601729&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

4- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.– Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm acessado em 06/01/2021

5- Harzheim, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 6 Janeiro 2021], pp. 1361-1374. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.

6- Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13/09/2000 BRASIL. 2000 -Emenda Constitucional nº 29 disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm pesquisa em 06/01/2021

7- BRASIL. 1990 Brasil. Artigo 36 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/> pesquisa em 19/07/2020

8- Mendes, Áquilas, Carnut, Leonardo e Guerra, Lucia Dias da Silva Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 6 Janeiro 2021], pp. 224-243. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>.

9- MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. 2009 http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf acessado dia 06/01/2021.

10- Amorim DA, Mendes A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. J Manag Prim Health Care [Internet]. 17º de abril de 2020 [citado 6º de janeiro de 2021];1 2:1-20. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/970>

11- Sellera, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 6 Janeiro 2021], pp. 1401-1412. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>.

12- Decreto nº 9.795, De 17 de Maio de 2019 Sítio para pesquisa: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm acessado em 06/01/2021

13 - Mendes Á, Carnut L: Neofascismo, Estado e a crise do capital: o Brasil de Bolsonaro e a demolição do direito à saúde. https://enep.sep.org.br/uploads/717_1583791189_Artigo_SEP_com_autoria_pdf_ide.pdf

14- Harzheim, Erno "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 6 Janeiro 2021] , pp. 1189-1196. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>.

15- Sellera, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 10 Janeiro 2021] , pp. 1401-1412. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>.

16- Reis, João Gabbardo dos et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 9 [Acessado 10 Janeiro 2021] , pp. 3457-3462. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>.

17- Harzheim, Erno; Santos, Caroline Martins dos; D'Avila, Otávio Pereira; ; Wollmann, Lucas; Pinto, Luiz Felipe da Silva - Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: Mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família - *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2020 Jan-Dez; sítio para pesquisa: <http://hdl.handle.net/10183/212761> acessado em 10/01/2021.

18- Tasca, R., Massuda, A., Carvalho, W. M., Buchweitz, C., & Harzheim, E. (2020). Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil [Recommendations to strengthen primary health care in Brazil/Recomendaciones para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en Brasil]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 44, e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>

19- Cunha, Carlo Roberto Hackmann da et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 10 Janeiro 2021] , pp. 1313-1326. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>.

20- Vidal, Tiago Barra et al. Scheduling models and primary health care quality: a multilevel and cross-sectional study. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 53 [Acessado 10 Janeiro

2021] , 38. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>>. Epub 06 Maio 2019. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>.

21- Wollmann L, Pereira D'Avila O, Harzheim E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 16º de março de 2020 [citado 10º de janeiro de 2021];15(42):2346. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2346> - acessado em 10/01/2021

22- Giovanella, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 6 Janeiro 2021], pp. 1763-1776. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

23- Morosini, Marcia Valeria Guimarães Cardoso, Fonseca, Angelica Ferreira e Baptista, Tatiana Wargas de FariaPrevine Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 36, n. 9 [Acessado 6 Janeiro 2021] , e00040220. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.