

# **Pertinência dos critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Previne Brasil para alocação na atenção primária: uma revisão integrativa**

## **Relevance of Previne Brasil's socioeconomic vulnerability criteria for allocation in primary care: an integrative review**

Pâmela Cristina Mango<sup>1</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8496-6967>)

Leonardo Carnut<sup>2</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

<sup>1</sup>Fisioterapeuta e especializanda do Curso de Economia e Gestão em Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup>Professor Doutor da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP-FMUSP).

### **Resumo**

Revisou-se o que a literatura científica apresenta sobre os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Previne Brasil, para a alocação de recursos na atenção primária. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa no portal do *google* acadêmico considerando como polos fenômeno (critérios de vulnerabilidade socioeconômica), população (Previne Brasil) e contexto (alocação de recursos). Português, espanhol e inglês foram o limite de idioma. Dois revisores interdependentes selecionaram as publicações por meio do fluxograma PRISMA. A análise dos dados foi feita na modalidade temática. Sete artigos foram incluídos. Sintetizou-se os conteúdos dos artigos integrando-os em 6 categorias temáticas: 'aspectos metodológicos dos artigos', 'os conceitos/critérios de vulnerabilidade socioeconômica nos artigos', 'como os autores veem os critérios do Previne Brasil?', 'se a análise de previsão da alocação de recursos foi quantitativa ou qualitativa?', 'fontes de informação potencialmente usadas para captura dos dados de vulnerabilidade socioeconômica, operacionalização dos critérios e sua pertinência'. Esta última categoria, enfocou-se os seguintes indicadores: 1) tipologia municipal, 2) ponderação demográfica municipal, 3) sistema da previdência social – benefício previdenciário e Benefício de Prestação Continuada (BPC), e 4) benefício do Programa Bolsa Família (PBF). De acordo com os dados compilados nesta revisão é possível afirmar que os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Programa Previne Brasil (PPB) são individualizantes, focalizadores e favorecem a inserção da lógica de cobertura universal e carteira de serviços, apresentando limites quanto a sua pertinência na traducibilidade da vulnerabilidade.

**Descritores:** Vulnerabilidade Socioeconômica, Previne Brasil, Alocação de Recursos, Financiamento.

### **Abstract**

The scientific literature on Previne Brasil's socioeconomic vulnerability criteria for the allocation of resources in primary care was reviewed. To this end, an integrative review was conducted on the Google Scholar portal, considering the following poles: phenomenon (socioeconomic vulnerability criteria), population (Previne Brasil), and context (resource allocation). The language limits were Portuguese, Spanish, and English. Two interdependent reviewers selected the publications using the PRISMA flowchart. Data analysis was performed in the thematic modality. Seven articles were included. The content of the articles was

synthesized and integrated into six thematic categories: ‘methodological aspects of the articles’, ‘the concepts/criteria of socioeconomic vulnerability in the articles’, ‘how do the authors view the Previner Brasil criteria?’, ‘was the analysis to predict resource allocation quantitative or qualitative?’, ‘sources of information potentially used to capture socioeconomic vulnerability data, operationalization of the criteria, and their relevance’. This last category focused on the following indicators: 1) municipal typology, 2) municipal demographic weighting, 3) social security system – social security benefit and Continuous Benefit Payment (BPC), and 4) benefit from the Bolsa Família Program (PBF). According to the data compiled in this review, it is possible to state that the socioeconomic vulnerability criteria of the Previner Brasil Program (PPB) are individualizing, focalizing and favor the insertion of the logic of universal coverage and service portfolio, presenting limits as to their relevance in the translatability of vulnerability.

**Keywords:** Vulnerability Socioeconomic, Previner Brasil, Resource Allocation, Financing.

## **Introdução**

O tema da vulnerabilidade social caracteriza-se por um complexo campo conceitual, constituído por diferentes concepções e dimensões que podem voltar-se para o enfoque econômico, ambiental, de saúde, de direitos, entre tantos outros. Segundo Monteiro<sup>1</sup>, a vulnerabilidade social pressupõe um conjunto de características, de recursos materiais ou simbólicos e de habilidades inerentes a indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequadas para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Assim, essa relação irá determinar o maior ou o menor grau de deterioração da qualidade de vida dos sujeitos.

A vulnerabilidade socioeconômica, como uma dimensão específica da vulnerabilidade social, é uma combinação de fatores de desigualdade social, exclusão e pobreza que afetam negativamente algumas populações<sup>2</sup>. Segundo Ayres<sup>3</sup>, o conceito de vulnerabilidade, no campo da saúde pública, pode ser resumido como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas essencialmente coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e de modo inseparável, da maior ou da menor disponibilidade de recursos de toda ordem para se proteger.

O Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde<sup>4</sup> (CNDSS) estabelece que a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social do sujeito na sociedade, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos. As condições materiais de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, assim como sua vulnerabilidade aos impactos ambientais também são fortemente influenciadas pela posição social que ocupam e que pode ser definida por meio de uma série de variáveis como renda, escolaridade, gênero e outras. Estas condições de vida e

trabalho assim como seus efeitos psicossociais constituem um dos principais mediadores através dos quais a estratificação socioeconômica pode ser observada e medida<sup>4</sup>.

Na revisão de literatura sobre índices sintéticos de vulnerabilidade realizada por Schumann e Moura<sup>5</sup>, as autoras observaram que a vulnerabilidade sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde foi melhor representada por dois índices: o *Social Vulnerability Index* (SVI) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O SVI aborda as seguintes variáveis: localização das unidades de saúde, taxa de pobreza, educação, isolamento linguístico, raça/etnia e idade<sup>5</sup>. O IVS é composto por dezesseis indicadores, formulados a partir de dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e dividido em três dimensões: Renda e Trabalho, Capital Humano e Infraestrutura Urbana. Este índice apresenta uma perspectiva ampliada do entendimento de vulnerabilidade, incluindo informações sobre bem-estar (considerando indicadores nas áreas de trabalho, educação, saúde, família, infraestrutura e mobilidade) atreladas à questão da insuficiência de renda<sup>6</sup>.

Os instrumentos como o SVI, o IVS entre outros, funcionam como facilitadores para o atendimento das demandas de informação para formulação de políticas, para a tomada de decisões nas esferas públicas, para a divulgação pelos meios de comunicação de resultados sintéticos, bem como para a disseminação da cultura de uso de indicadores nas pactuações das agendas de políticas públicas nacionais e globais<sup>5</sup>.

São inegáveis os avanços na produção de serviços de saúde após a implantação do SUS, e apesar dos princípios de universalidade e equidade que fundamentam o sistema, ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços. Em especial a equidade é o princípio que é mais afetado quando se trata de regras de acesso que diminuem as desigualdades na utilização<sup>7</sup>. A desigualdade da utilização dos serviços é fortemente influenciada pela posição social dos indivíduos no acesso<sup>4</sup>, o que torna inadiável a incorporação de critérios de vulnerabilidade social na alocação de recursos para que seja possível dirimir as desigualdades sociais e reduzir a vulnerabilidade<sup>7</sup>.

Em 2000, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas<sup>8</sup> aprovou o Comentário-Geral n. 14, que reafirmou a saúde como direito humano fundamental. O texto enfatiza que “o direito à saúde não é para ser entendido como o direito de ser saudável”, mas como um direito inclusivo ampliado, não somente ao acesso aos cuidados médicos apropriados, mas também ao acesso aos determinantes de saúde como o acesso à água potável e saneamento adequado, segurança alimentar, nutrição e moradia, condições ocupacionais e ambientais saudáveis e acesso à informação e educação em saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva<sup>8</sup>.

Para Muñoz<sup>9</sup>, é preciso entender o conceito de vulnerabilidade para além dos aspectos individuais, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos<sup>9</sup>. Segundo Porto<sup>10</sup>, o nível de educação de uma população guarda relação direta com seu estado de saúde, bem como a correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde de seus filhos. A autora destaca ainda como indicadores para avaliar o nível socioeconômico e as disparidades ou desigualdades regionais: o grau de alfabetização, a renda média, as taxas de desemprego, a porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico entre outros. Ela ressalta que, para alcançarmos sociedades mais equitativas, são necessárias políticas públicas que superem o âmbito setorial e consigam, conjuntamente, diminuir as desigualdades atualmente existentes<sup>10</sup>.

Especialmente no âmbito da economia da saúde, a utilização de índices de vulnerabilidade visa auxiliar os gestores a estabelecerem critérios de alocação de recursos financeiros, materiais e humanos em diferentes áreas do território, baseados no princípio da equidade, criando políticas sociais com ênfase na atenção às necessidades de saúde e diminuição das desigualdades na cobertura e qualidade da atenção a grupos populacionais e segmentos da sociedade<sup>11</sup>. Por isso, a questão da traducibilidade de um construto tão diverso que é a vulnerabilidade socioeconômica em termo de uma ‘medida-síntese’ não é uma tarefa trivial. Em especial quando essas vulnerabilidades visam discriminar as diferentes necessidades de saúde de territórios tão específicos.

Assim, no debate da alocação de recursos é imprescindível ter como horizonte alocativo a finalidade de contemplar as diferentes necessidades em(de) saúde. Para Campos<sup>12</sup>, as necessidades em saúde são inerentes ao indivíduo, tanto para garantir sua satisfação como para o perfeito funcionamento da sociedade. Ainda ressalta que o nível de saúde vai variar em cada momento, mas pode ser resumido como estado de melhor adaptação do indivíduo ao meio em que ele vive, e necessidade em saúde seria o necessário para aquisição e manutenção desse estado<sup>12</sup>.

Rola, Carnut e Filippou<sup>13</sup>, em estudo que avaliou a alocação de recursos na Escócia, os autores demonstraram a diferença que a alocação de recursos com base na avaliação das necessidades em saúde da população produz na universalidade do acesso e na qualidade da oferta de cuidado. Já a realidade no Brasil ainda está bastante distante do observado na Escócia, ainda mais quando se observa um movimento de contenção de gastos e desfinanciamento em saúde, como o observado no estudo de Carnut e Ferraz<sup>14</sup>, em que os autores refletem sobre os desafios de ofertar um SUS baseado em necessidades em(de) saúde, com alocação de recursos de forma equitativa e igualitária, visando a qualidade no acesso à saúde.

Ampliando os desafios já enfrentados para a manutenção e fortalecimento do SUS, em 2019 foi instituído o Programa Previne Brasil, através da Portaria n. 2.979<sup>15</sup>, que estabeleceu um novo modelo de alocação de recursos para a Atenção Primária. Através do Programa foi implantado um modelo misto de alocação, formado por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a estratégias e programas. O cálculo da capitação ponderada é realizado pelo número de usuários cadastrados por equipes de saúde e considera fatores de ajuste como a “vulnerabilidade socioeconômica” (objeto desta análise), além do perfil de idade e a classificação rural-urbana do município<sup>15</sup>. O objetivo de utilizar a capitação ponderada, segundo seus idealizadores, foi estimular o aumento da cobertura real (cadastro) na Atenção Primária em Saúde (APS), principalmente entre as populações consideradas ‘vulneráveis’ por esta metodologia de alocação<sup>16</sup>.

É importante lembrar que a classificação geográfica também é considerada como critério de vulnerabilidade segundo este modelo para o ajuste do repasse financeiro que ocorre devido a tipologia municipal (tipologia rural urbana) definida pelo IBGE<sup>17</sup>. Em que pese que para Harzheim e colaboradores<sup>16</sup>, os mesmos consideram a tipologia municipal apenas como um “ajuste de distância”, por considerar que os custos da provisão de APS nos municípios variam de acordo com sua distância de centros urbanos, é possível extrapolar essa compreensão e entender que uma tipologia municipal em relação a outra variável que discrimina diferentes níveis de acesso aos serviços, o que pode ser entendido como um critério social e econômico<sup>16</sup>. Em estudo realizado por Fausto e colaboradores<sup>18</sup>, foram avaliados os desafios relativos à gestão da saúde em municípios rurais remotos e como o repasse financeiro precisa estar alinhado com a questão da tipologia do município, pois quanto mais afastado do eixo urbano, mais complexo fica garantir o provimento equitativo de APS, seja pela dificuldade e alto custo para fixação de profissionais, além de fatores ambientais, sociais e culturais.

De acordo com o descrito na Portaria n. 2.979/19<sup>15</sup>, esta metodologia de alocação considera como critério de ‘vulnerabilidade socioeconômica’ os seguintes indicadores tomando-os por meio de uma natureza dicotômica (de tudo-ou-nada, ou, apenas, ‘sim’ ou ‘não’): a) receber benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), ou benefício de prestação continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor de até dois salários<sup>15</sup>.

Conforme apresentado inicialmente, o conceito de vulnerabilidade é bastante complexo, por envolver aspectos não apenas individuais, mas especialmente coletivos compostos por diferentes dimensões. Na revisão de literatura realizada por Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup>, os autores questionam os argumentos para a alocação de recursos na APS. Sobre a capitação ponderada, que, segundo os responsáveis pela nova proposta, seria uma estratégia

para o cadastramento dos usuários chamados “mais vulneráveis”, Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup> trazem a seguinte reflexão:

“A definição de uma alocação de recursos focalizada de forma individualizada nos mais pobres não dá conta do conceito de equidade, uma vez que não propõe a utilização de parâmetros e indicadores coletivos capazes de dimensionar as diferentes necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais. Enquanto há uma variedade de indicadores e bases de dados epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos com potencial para identificar as diferenças entre as populações, a proposta do Previne Brasil traça uma ponderação baseada em características individuais, restritas a um cadastramento”.<sup>19(19)</sup>

Para Giovanella e colaboradores<sup>20</sup>, o novo modelo de alocação de recursos para a APS, além de poder propiciar a perda de recursos financeiros para alguns municípios, por opção política ressalta a focalização e seletividade ao restringir o financiamento à população cadastrada, prejudicando a responsabilidade constitucional do SUS sobre a segurança sanitária e prevenção de riscos, rompendo dessa forma com as diretrizes de universalidade e equidade do sistema. Ainda segundo os mesmos autores, o conjunto de reformas das políticas sociais estabelecidos pelo governo Bolsonaro, incluindo-se o novo programa de alocação de recursos para a APS, acentuam e cristalizam as iniquidades sociais no Brasil desconsiderando a vulnerabilidade social como critério e ignorando as experiências de acúmulo sobre a tradução da vulnerabilidade em índices que contemplem a complexidade deste construto<sup>20</sup>.

Em 2024, o Previne Brasil foi extinto pela Portaria n. 3.493<sup>21</sup>, mas o aprendizado com a experiência trazida por este modelo de alocação de recursos da atenção primária, retoma a importância de que modelos como este tem para redução das iniquidades e, por isso, a complexidade do tema da “vulnerabilidade socioeconômica” e sua operacionalização é um tema que continua em aberto. Assim, esse estudo tem como objetivo promover uma revisão sobre os critérios de vulnerabilidade socioeconômica no Programa Previne Brasil, buscando verificar o que literatura trata sobre os limites e possibilidades que estes critérios apresentam para caracterização de uma área vulnerável.

## **Método**

### *Pergunta de pesquisa*

Para responder à pergunta do presente estudo: “o que a literatura científica apresenta sobre os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Previne Brasil, para a alocação de recursos na Atenção Primária?” foi realizada uma revisão sistemática do tipo integrativa.

A revisão sistemática do tipo integrativa, segundo Souza, Silva e Carvalho<sup>22</sup>, determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar,

analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, permitindo o desenvolvimento de um pensamento crítico sobre o assunto. Segundo as autoras, essa abordagem, além de permitir a sucinta organização dos dados, facilita a comparação dos estudos em tópicos específicos como problemas, variáveis e características da amostra. Ainda segundo Whittmore & Knafel<sup>23</sup>, as revisões integrativas sistemáticas têm o potencial de apresentar uma compreensão abrangente, e podem incluir diversas fontes de dados que melhoram a compreensão holística do tema de interesse. Combinar diversos dados pode ser complexo e desafiador, sendo necessário uma abordagem rigorosa ao processo, especialmente na análise dos dados.

#### *Fonte de dados*

Foi realizada uma revisão sistemática do tipo integrativa, utilizando como base de dados o Google Acadêmico (*Google Scholar*), pois observamos que o tema do Previne Brasil ainda é pouco encontrado nas revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, e desta forma, os artigos acadêmicos encontrados fugiriam do escopo do estudo, e o Google Acadêmico consegue realizar a busca em revistas locais, possibilitando encontrar um número maior de estudos que se relacionem com este projeto.

#### *Estratégia de busca*

A estratégia de busca foi baseada na identificação dos principais polos da pergunta, sendo estes: “*critérios de vulnerabilidade socioeconômica*” definido como fenômeno, “*Previne Brasil*” como população e “*alocação de recursos*” definido como o contexto da pergunta da pesquisa. Após a identificação destes itens chaves, elegemos os termos livres correspondentes a cada item chave, sendo que para o polo fenômeno (*critérios de vulnerabilidade socioeconômica*), foram selecionados como termos livres para pesquisa: “*critérios de vulnerabilidade*” e “*vulnerabilidade socioeconômica*”. Para o polo população foi definido o item chave “*Previne Brasil*”, que também foi utilizado como termo livre na pesquisa. O item chave “*alocação de recursos*” foi definido para o polo contexto, e os termos livres selecionados para esse polo foram: “*alocação de recursos*” e “*financiamento*”. O quadro abaixo representa a seleção de itens chaves e termos livres utilizados nas buscas.

Quadro 1. Polo, itens-chave e termos livres, segundo os principais elementos da pergunta de pesquisa da revisão.

<b>Polo</b>	<b>Itens-chave</b>	<b>Termos livres</b>
<b>Fenômeno</b>	Critérios de vulnerabilidade socioeconômica	“Critérios de vulnerabilidade”

		“Vulnerabilidade socioeconômica”
<b>População</b>	Previne Brasil	“Previne Brasil”
<b>Contexto</b>	Alocação de recursos	“Alocação de recursos” Financiamento

Fonte: elaboração dos autores.

Sobre as estratégias de buscas, foi utilizada a combinação dos termos livres: “*Previne Brasil*”, “*critérios de vulnerabilidade*”, “*vulnerabilidade socioeconômica*”, “*alocação de recursos*” e “*financiamento*”, com e sem acentuação e em combinações diferentes. Para realizar a combinação dos diferentes termos livres foi utilizado AND, onde buscou-se combinar e refinar as buscas de todos os polos considerados. As estratégias de buscas utilizadas no estudo estão identificadas no quadro 2, assim como a data em que as buscas foram realizadas e o número de publicações encontradas em cada uma das buscas.

Quadro 2. Identificação da estratégia de busca, estratégias de associação dos termos livres, data da realização das pesquisas e o total de publicações encontradas.

<b>Ident.</b>	<b>Termos livres associados</b>	<b>Data da pesquisa</b>	<b>Publicações</b>
1	"Previne Brasil" AND "Critérios de vulnerabilidade"	06/12/2023	59
1.1	"Previne Brasil" AND "Critérios de vulnerabilidade"	08/12/2023	59
2	"Previne Brasil" AND "alocação de recursos" AND "Critérios de vulnerabilidade"	09/12/2023	27
2.1	"Previne Brasil" AND "alocacao de recursos" AND "Criterios de vulnerabilidade"	11/12/2023	27
3	"Previne Brasil" AND "vulnerabilidade socioeconômica" AND "alocação de recursos"	11/12/2023	51
4	"financiamento" AND "Criterios de vulnerabilidade"	12/12/2023	440
5	"Previne Brasil" AND "financiamento" AND "Critérios de vulnerabilidade"	15/12/2023	61
5.1	"Previne Brasil" AND "financiamento" AND "Criterios de vulnerabilidade"	15/12/2023	61
6	"Previne Brasil" AND "vulnerabilidade socioeconômica" AND "financiamento"	15/12/2023	150
6.1	"Previne Brasil" AND "vulnerabilidade socioeconomica" AND "financiamento"	15/12/2023	149
<b>Total de Publicações</b>			<b>1084</b>

Fonte: elaboração dos autores.

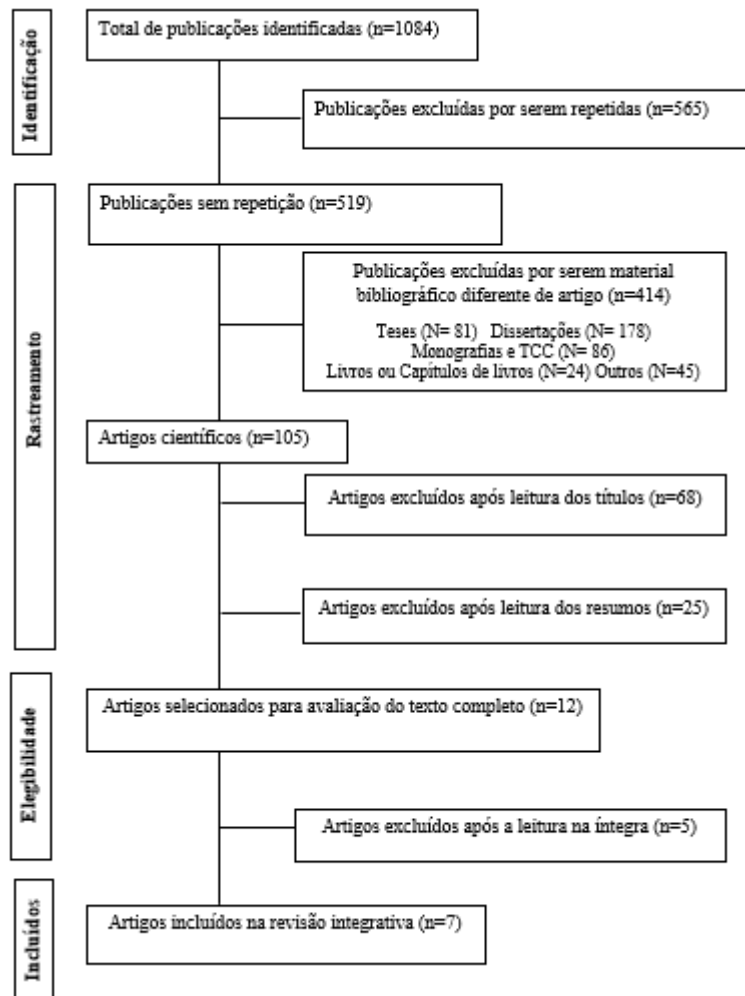
Identificou-se que estas estratégias de busca retornavam títulos que poderiam ser potencialmente importantes para esta revisão. Assim, tratou-se de iniciar o processo de organização e seleção dos estudos identificados através do fluxograma PRISMA (figura 1). Logo, iniciou-se com 1084 publicações identificadas, sendo 565 excluídas por serem publicações repetidas entre as estratégias de busca. Das 519 publicações restantes, 414 publicações foram excluídas por serem material bibliográfico diferente de artigo (81 teses, 178

dissertações, 86 monografias e trabalhos de conclusão de curso, 16 livros, 08 capítulos e 45 materiais diversos entre planos municipais de saúde, relatórios e materiais publicitários), restando 105 artigos científicos.

Dos 105 artigos científicos selecionados, após a leitura dos títulos foram excluídos 68 artigos, por não terem relação com a pergunta da pesquisa (ou seja, não apresentavam relação com os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e/ou com o financiamento da saúde, sendo bastante recorrente os artigos sobre vulnerabilidade ambiental, ou relacionando a vulnerabilidade socioeconômica a outros contextos como acesso à educação). Após a exclusão dos artigos pelos títulos, os 37 artigos restantes foram selecionados para a leitura dos resumos.

Após a leitura dos resumos, foram excluídos mais 25 artigos por não se relacionarem à pergunta de pesquisa, ou seja, não terem no resumo menção às questões dos critérios de vulnerabilidade socioeconômica, Previde Brasil e/ou alocação de recursos (ou financiamento), restando 12 artigos para leitura na íntegra. O mesmo ocorreu após a leitura na íntegra, onde 5 artigos foram descartados por não atenderem a pergunta de pesquisa, não apresentando no texto referência a relação entre vulnerabilidade socioeconômica e o Previde Brasil ou entre os critérios para alocação de recursos na saúde, restando 07 artigos para serem incluídos nesta revisão. A figura 1 abaixo expõe esse fluxo de seleção de artigos em um PRISMA unificado do projeto.

Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. 2024.



Fonte: elaboração dos autores.

### Análise dos dados

O processo de análise dos dados dos artigos incluídos seguiu a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por 2 revisores. O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão.

Os dados extraídos incluem autor, ano de publicação, metodologia utilizada, objetivos e os elementos que relacionam o artigo com a pergunta de pesquisa: o conceito/critérios de vulnerabilidade socioeconômica (de forma direta, indireta ou colateralmente ao objeto estudado), o Previn Brasil (de forma direta) e o contexto de alocação de recursos ou financiamento (de forma direta, indireta ou colateralmente ao objeto estudado).

A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise temática. Esse método foi escolhido porque a tipologia dos manuscritos permitia uma integração mais refinada

dos dados. Assim, organizou-se os temas para cada elemento a seguir: metodologia, os critérios/conceitos de vulnerabilidade socioeconômica que os artigos apresentam, como os autores viam os critérios do Previne Brasil? (como limites ou possibilidades?) e qual era a previsão da alocação de recursos que os autores estimavam (e se eram uma análise mais quantitativa ou qualitativa). Por fim, estimou-se quais fontes de informação potencialmente foram usadas para coletar os dados necessários à operacionalização destes critérios e quais autores se debruçam em suas análises a quais formas de operacionalização específicas.

## **Resultados**

Os sete artigos incluídos na revisão, conforme o fluxograma apresentado, foram lidos na íntegra e foi extraído de seu conteúdo as seguintes informações: autor(es), ano, método, critérios/conceitos de vulnerabilidade, visão dos autores sobre os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Programa Previne Brasil (PPB) e a previsão de alocação feita pelos autores com uso do Previne Brasil, apresentados no quadro 3.

O quadro-síntese permitiu a análise comparativa dos resultados e um panorama geral de sua relação com o tema desta revisão, demonstrando que, com exceção do artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup>, todos os demais artigos apresentam críticas com relação a nova forma de alocação de recursos apresentados pelo PPB, assim como a maioria dos autores questiona os critérios de vulnerabilidade socioeconômicas selecionados.

Pudemos classificar os artigos incluídos nesta revisão em dois grandes grupos. O primeiro grupo é composto pelos artigos que respondem parcialmente ao objeto desta pesquisa, ou seja, nestes artigos a relação entre os critérios de vulnerabilidade socioeconômica apresentados no PPB e a alocação de recursos na APS foi colateral à discussão central apresentada. A classificação dos artigos neste grupo foi por considerarem que embora a questão da vulnerabilidade socioeconômica tenha sido citada nos textos, por se tratar de um dos fatores de ajuste da capitação ponderada, a análise do impacto da nova política de alocação de recursos na atenção básica não foi aprofundada. No artigo de Miranda<sup>25</sup>, o autor tece diversas críticas ao PPB, por entender que os critérios apresentados podem levar a uma exclusão das demandas não administráveis, assim como abre portas para outras alternativas para população com renda garantida (empregados), gerando uma seletividade sistêmica e estrutural. O artigo de Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> buscou dar um panorama sobre o primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro, discutindo que o PPB não se trata de um modelo de financiamento e sim de alocação de recursos, além de demonstrar cenários comparativos para as possibilidades de ganhos e perdas para os municípios de São Paulo e Manaus, considerando a alocação de recursos conforme

apenas os cálculos da dimensão ‘capitação ponderada’. As questões relativas às vulnerabilidades socioeconômicas foram discutidas de forma parcial, na apresentação dos critérios de ajuste para a capitação ponderada<sup>26</sup>. O texto de Massuda<sup>27</sup> discute tendências globais de financiamento dos sistemas de saúde, bem como seus avanços e desafios. O autor avalia com restrição as mudanças propostas no financiamento e discute que municípios com maior vulnerabilidade podem apresentar ainda mais dificuldades para realizar os cadastros, podendo levar a redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade. O autor discute ainda sobre a mudança do financiamento, que deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios<sup>27</sup>.

Os demais artigos foram classificados no grupo de artigos que respondem diretamente a pergunta da pesquisa, pois foi possível identificar com clareza a relação entre os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do PPB para a alocação dos recursos na APS. Harzheim e colaboradores<sup>16</sup> apresentam em seu artigo a nova política de financiamento da APS, que segundo os autores, tem como objetivo fortalecer os seus atributos, tornando concretos os princípios da universalidade e equidade. Com relação à capitação ponderada, referem que os três fatores de ajuste atuam como critérios de equidade que são: critérios de vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e tipologia municipal (ajuste de distância). No artigo não há uma explicação do porquê foram selecionados os critérios como beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) e/ou Benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos. Há ainda a discussão da não sobreposição dos critérios de vulnerabilidade, sendo aplicado uma única vez o acréscimo de 30%<sup>16</sup>.

O artigo de Mario e Barbarini<sup>28</sup> também discute a questão da vulnerabilidade socioeconômica e os critérios da capitação ponderada e expande a discussão ao afirmar que o PPB é uma estratégia para adequar o orçamento do Ministério da Saúde à Emenda Constitucional 95/2016, e questiona que este modelo pode agravar ainda mais a situação de municípios com o cadastramento incompleto, podendo significar ainda menos recursos e aumentando as desigualdades sociais. As autoras ainda discutem se tratar de uma política focalizadora, que pode provocar a diminuição da cobertura do SUS<sup>28</sup>.

Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup> discutem que os critérios apresentados no PPB ponderam individualmente os mais vulneráveis socialmente e que a justificativa para essa ponderação é trabalhar a equidade. No entanto, a crítica dos autores é esse conceito ter sido utilizado para incluir uma ponderação individual e geográfica como fator determinante para o financiamento da APS, sem que houvesse uma sustentação teórica acerca do mesmo. Acrescentam ainda que a alocação equitativa proposta pelo programa não parte da análise das necessidades em saúde,

mas está condicionada ao cadastro individual dos usuários, sob uma perspectiva utilitarista, baseada na lógica neoliberal, condicionada à ideia de eficiência no uso de “recursos escassos”<sup>19</sup>.

Por fim, Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> apresentam os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e tecem críticas ao PPB, por desconsiderar o processo social e político de produção das vulnerabilidades. As autoras afirmam que o PPB leva a focalização e pode levar a restrição de direitos, pois ao focar nos mais pobres da população, admite que parte da população não será mais atendida na atenção básica. Segundo ainda as autoras, o novo programa favorece a precificação e a privatização da APS, convertendo a saúde em uma mercadoria ajustável aos interesses do setor privado<sup>29</sup>.

O quadro 4 demonstra as possíveis fontes de informações que serviram de fontes de dados para a elaboração dos parâmetros dos critérios de vulnerabilidade do PPB, conforme citação dos artigos. No artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup> ele descreve que, para a caracterização da tipologia municipal (que ele nomeia de “ajuste de distância”), os dados foram consultados segundo a classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil, pelo IBGE de 2017<sup>16,17</sup>.

A condição demográfica do município, também segundo Harzheim et al.<sup>16</sup> foi determinada pela população segundo o IBGE de 2018, aplicadas as proporções de cada faixa etária do IBGE de 2010 e Sistema Nacional de Nascidos Vivos disponibilizada pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Para os critérios específicos de vulnerabilidade socioeconômica, nenhum dos artigos que compõem essa revisão trouxeram a informação da fonte onde estes dados foram coletados, mas inferimos que as informações referentes aos beneficiários do Programa Bolsa Família, BPC e benefício previdenciário estão vinculados ao Cadastro de Pessoa Física (CPF) do usuário, podendo ser verificados no Sistema da Previdência Social tanto a vinculação ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) como o benefício previdenciário de até dois salários mínimos, e no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) a vinculação ao PBF.

Ainda no quadro 4 é possível ver quais autores vão tematizar cada uma das formas de operacionalização dos critérios de vulnerabilidade socioeconômica apresentadas pelo PPB.

Quadro 3. Autor(es), ano, método, critérios/conceitos e vulnerabilidade, visão dos autores sobre o Previne e previsão de alocação feita pelos autores com uso do Previne encontrados nos artigos incluídos na revisão. Junho-2024.

Autor(es), ano	Método	Quais critérios/conceitos de vulnerabilidade socioeconômica os artigos apresentam?	Como os autores veem os critérios do Previne Brasil? (limites ou possibilidades)	Previsão da alocação de recursos (quantitativa ou qualitativa)?
Couto JGA, Mendes Á, Carnut L, 2023	Revisão narrativa	<p>Trabalha os critérios: Sim</p> <p>Apresenta os conceitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grau de vulnerabilidade socioeconômica (ponderam positivamente os mais vulneráveis socialmente)</li> <li>▪ Idosos;</li> <li>▪ Crianças.</li> </ul> <p>▪ Ponderação individual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cadastro individual das pessoas;</li> <li>▪ Condição do indivíduo.</li> </ul> <p>▪ Ponderação geográfica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Características demográficas;</li> <li>▪ Tipologia do município.</li> </ul>	<p>Como limites.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altera os repasses financeiros para a AB</li> <li>▪ Extingue repasse intergovernamental de base populacional;</li> <li>▪ Três componentes: a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas;</li> <li>▪ Narrativa que trata de um SUS ineficiente;</li> <li>▪ Ideia de alocação com melhor “eficiência”;</li> <li>▪ Analogia a lógica individualizante e gerencialista de APS;</li> <li>▪ Alocação de recursos focalizada de forma individualizada nos mais pobres;</li> <li>▪ Diferentes necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais.</li> </ul>	<p>Apresenta. Totalmente qualitativa</p> <p>Quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posição de resignação diante dos recursos escassos;</li> <li>▪ Não faz parte da discussão dos argumentos “oficiais” o histórico subfinanciamento do SUS</li> <li>▪ A mudança é uma alternativa de gestão dos recursos que são “escassos”;</li> <li>▪ Subfinanciamento estrutural;</li> <li>▪ Apontada como um risco à universalidade do SUS;</li> <li>▪ Oferta ações de saúde apenas aos estratos mais pobres;</li> <li>▪ Realocação de recursos causando receio diante das perdas reais de recursos (especialmente os classificados como urbanos).</li> </ul>
Mendes Á, Melo MA, Carnut L, 2022	Ensaio crítico	<p>Trabalha os critérios: Sim.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vulnerabilidade socioeconômica: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa Bolsa Família (PBF);</li> <li>▪ Benefício de Prestação Continuada (BPC);</li> <li>▪ Benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos).</li> </ul> </li> <li>▪ Perfil demográfico (determina um peso diferenciado de 1,3): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cadastrados com idade até 5 anos;</li> <li>▪ Cadastrados com 65 anos ou mais.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Como limites.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não é um modelo de financiamento e sim, de alocação dos recursos federais à APS;</li> <li>▪ “SUS operacional”;</li> <li>▪ Focar o financiamento da APS em instrumentos de gestão.</li> <li>▪ Sobreposição de critérios (neofocalização).</li> </ul>	<p>Apresenta.</p> <p>Quanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cenário 1: Perda de R\$10.546.415,00 para São Paulo e aumento de R\$10.274.504,00 para Manaus;</li> <li>▪ Cenário 2: Perda de R\$164.539.295,00 para São Paulo e perda de R\$4.481.142,00 para Manaus;</li> <li>▪ Cenário 3: Perda de R\$256.777.752,00 para São Paulo e perda de R\$21.090.827,00 para Manaus*.</li> </ul> <p>Quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extinção do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) destitui a universalidade do financiamento;</li> <li>▪ Capitação Ponderada substitui o PAB Fixo gera uma exclusividade da população mais vulnerável;</li> <li>▪ Atende aos interesses deste momento histórico do acúmulo do capital tendo como foco a APS de sistemas de saúde.</li> </ul>

Miranda AS, 2020	Ensaio argumentativo	Trabalha os critérios: Não. Apresenta os <i>conceitos</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seletividade sistêmica e estrutural;</li> <li>▪ Exclusão de demandas não ‘padronizáveis’/‘administráveis’;</li> <li>▪ Exterminação intencional de grupos populacionais ‘dispensáveis’;</li> <li>▪ Focalização para políticas sociais;</li> <li>▪ Segmentação para políticas sociais (‘cartas de serviços’);</li> <li>▪ ‘Cobertura universal’;</li> <li>▪ Alternativas de mercado para população empregada.</li> </ul>	Como limites. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A ‘capitação ponderada’ da nova estratégia como um problema;</li> <li>▪ Os ‘incentivos financeiros’ que dependem da população cadastrada limitam recursos;</li> <li>▪ A estratificação a partir de critérios de ‘vulnerabilidade socioeconômica’ e de ‘perfil demográfico’ por idades gera compensações, que não se sobrepõem;</li> </ul>	Apresenta. Predomina quantitativa Quanti: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 68,2% municípios obteriam acréscimos no repasse dos recursos;</li> <li>▪ 14% dos municípios não teriam alterações ‘significativas’;</li> <li>▪ 17,8% dos municípios teriam decréscimos;</li> </ul> Quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não foram divulgadas comparações retrospectivas com séries históricas de médio ou longo prazo;</li> <li>▪ Contingenciamentos para o orçamento federal.</li> </ul>
Mario CG, Barbarini TA, 2020	Análise bibliográfica e documental	Trabalha os critérios: Sim. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa Bolsa Família (PBF);</li> <li>▪ Benefício de Prestação Continuada (BPC);</li> <li>▪ Benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos;</li> <li>▪ Pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais;</li> <li>▪ Critério geográfico (rurais).</li> </ul>	Como limites. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Novos critérios de financiamento da Atenção Básica;</li> <li>▪ Visam adequar o orçamento do MS à EC-95/2016;</li> <li>▪ Consequências imediatas para municípios com cadastramento incompleto, significando menos recursos para estes municípios.</li> </ul>	Apresenta. Totalmente qualitativa Quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delimitar os recursos por população cadastrada;</li> <li>▪ Priorizar um determinado perfil populacional de pobreza;</li> <li>▪ Diminui estrategicamente a cobertura do SUS;</li> <li>▪ Desenho das políticas focalizadas.</li> </ul>
Massuda A, 2020	Análise de contexto	Trabalha os critérios: Não. Apresenta os conceitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vulnerabilidade;</li> <li>▪ Ineficiência administrativa (dificuldade administrativa) para registro das pessoas (municípios carentes);</li> <li>▪ Redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade.</li> </ul>	Como limites. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Substitui os critérios do PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS;</li> <li>▪ Introduz do número de pessoas registradas em eSF e eAP cadastradas no MS;</li> <li>▪ Pondera por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica;</li> <li>▪ Paga por desempenho a partir de resultados nos sobre indicadores e metas definidos pelo MS;</li> <li>▪ Dá incentivos financeiros para ações e programas prioritários do MS;</li> <li>▪ Deixa de financiar universalmente e o recurso fica restrito a apenas à população cadastrada.</li> </ul>	Apresenta. Totalmente qualitativa Quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Financiamento da APS deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios;</li> <li>▪ Critérios visam aumentar número de pessoas cadastradas;</li> <li>▪ A nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde;</li> <li>▪ Retrocesso que deve ser enfrentado pelo conjunto da sociedade brasileira.</li> </ul>

Harzheim, E et al., 2020	Descritivo	<p>Trabalha os critérios: Sim.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vulnerabilidade econômica:** <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de beneficiários do bolsa família,</li> <li>▪ Número de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada</li> </ul> </li> <li>▪ Número de aposentados do INSS com aposentadoria menor do que dois salários mínimos;</li> <li>▪ Proporção de pessoas em vulnerabilidade socioeconômica do município dentre a população total IBGE 2019.</li> <li>▪ População nas faixas de idade prioritárias:*** <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≤ 5 anos;</li> <li>▪ ≥ 65 anos.</li> </ul> </li> <li>▪ Ajustes sobre as metas de cadastro****.</li> </ul>	<p>Como possibilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Novo modelo de financiamento em três dimensões: capitação ponderada, incentivo a ações e programas estratégicos e pagamento por desempenho</li> <li>▪ Rompe com o modelo baseado na população municipal;</li> <li>▪ Diminui os componentes de pagamento por incentivo a programas específicos;</li> <li>▪ Induz as equipes a trabalhar com maior responsabilização pela população adscrita;</li> <li>▪ Aumenta a responsabilização, com melhoria da qualidade do cuidado.</li> </ul>	<p>Apresenta.</p> <p>Quanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparação entre 2019 e 2020 para os novos critérios de alocação, sendo para a Captação ponderada em 2019 o valor de R\$10.077.779.352,00, e para 2020 R\$10.684.796,00; Incentivo para ações estratégicas em 2019 de R\$ 2.217.854.876,00 e para 2020 de R\$3.011.339.009,00; Desempenho em 2019 de R\$1.970.672.081,00 e 2020 de R\$ 1.865.888.397,00; Provimento (ACS) em 2019 de R\$4.121.410.000,00 e 2020 de R\$4.845.859.200,00; ficando um total para 2019 de R\$18.387.716.309,00 e para 2020 de R\$20.407.649.402,00.</li> <li>▪ 1,250 bilhão para o pagamento fixo per capita com base populacional, no período de transição (R\$ 5,95 por pessoa/ano);</li> <li>▪ 24% dos municípios poderiam apresentar perda de receitas para 2020, justificando o período de transição e a manutenção das transferências de 2019;</li> </ul> <p>Quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ruptura do modelo de transferência de recursos baseados no perfil populacional municipal, passando a ter um viés de equidade individual;</li> <li>▪ Induzir equipes a trabalhar com maior responsabilização pela população adscrita e melhoria na qualidade do cuidado;</li> <li>▪ Ampliar o acesso da população excluída, ao ponderar positivamente os mais vulneráveis.</li> </ul>
Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista, TWDF, 2020	Ensaio analítico	<p>Trabalha os critérios: Não.</p> <p>Apresenta conceitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conceitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Composição etária das pessoas cadastradas;</li> <li>▪ Classificação geográfica dos municípios pelo IBGE;</li> <li>▪ Vulnerabilidade socioeconômica.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Como limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ênfase na pessoa cadastrada ou assistida;</li> <li>▪ Privatização ganha espaço, precificação;</li> <li>▪ Condições para a remuneração de serviços contratados.</li> <li>▪ Admite que parte da população não será atendida na atenção básica;</li> <li>▪ Evoca a ideia de cobertura universal;</li> <li>▪ Foca nos segmentos mais pobres da população;</li> <li>▪ Desconsidera o processo social e político de produção das vulnerabilidades;</li> <li>▪ As desigualdades sociais, territoriais e assistenciais no Brasil exigem a orientação pela equidade;</li> </ul>	<p>Apresenta. Totalmente qualitativa</p> <p>Quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suposta melhoria de eficiência e efetividade na aplicação dos recursos e de resolutividade;</li> <li>▪ Converte a saúde em uma mercadoria ajustável aos interesses do setor privado;</li> <li>▪ Lógica da cobertura universal, com participação de agentes públicos ou privados;</li> <li>▪ Distanciando do entendimento da saúde como direito universal;</li> <li>▪ Induz mudanças nas modalidades de alocação dos recursos públicos;</li> <li>▪ O Governo Federal tem atuado ativamente na produção de normativas que dão sustentação formal e base legal a essa operação.</li> </ul>

- 
- Orientar-se pelas vulnerabilidades sociais afasta-se da equidade e transmuta-se em focalização e restrição de direitos.
- 

Fonte: Elaboração dos autores

*\*Sendo o cenário 1 os recebimentos efetivos em 2020 - com a prorrogação das medidas de transição; o cenário 2 a proposta inicial de pagamentos para 2020, sem prorrogação das medidas de transição e o terceiro cenário a simulação baseada nos cadastros válidos por equipes homologadas, sem medida de transição.*

*\*\*retirada uma sobreposição estimada de 3% entre estes beneficiários*

*\*\*\*retirada a sobreposição utilizando o percentual de sobreposição entre as mesmas categorias.*

*\*\*\*\*ajuste demográfico de aplicada à meta de cadastro municipal e a proporção final de pessoas que atendem aos critérios de vulnerabilidade aplicada à meta de cadastro municipal.*

Quadro 4. Fontes de informação potencialmente usadas para captura dos dados, operacionalização dos critérios e autores que os analisam. Junho-2024.

Fonte de informação	Operacionalização dos critérios	Autor(es), ano
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação Rio de Janeiro: IBGE; 2017	Classificação geográfica dos municípios pelo IBGE;	Couto JGA, Mendes Á, Carnut L, 2023
	Perfil demográfico (determina um peso diferenciado de 1,3):	Mendes Á, Melo MA, Carnut L, 2022
	Classificação geográfica dos municípios pelo IBGE;	Miranda AS, 2021
	Tipologia Municipal	Harzheim, E et al., 2020
	Critério geográfico para populações residentes em áreas rurais.	Mario CG, Barbarini TA, 2020
	Com relação ao critério geográfico será dado peso maior às populações residentes em áreas rurais, definidas pelo IBGE.	Massuda A, 2020
	Classificação geográfica dos municípios pelo IBGE;	Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista, TWDF, 2020
População IBGE 2018 aplicadas as proporções de cada faixa etária do IBGE 2010 e Sistema Nacional de Nascidos Vivos disponibilizada pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (SVS/MS).	Ponderação individual, com base nos critérios do PPB, idade e características demográficas	Couto JGA, Mendes Á, Carnut L, 2023
	Cadastrados com idade até 5 anos ou com 65 anos ou mais.	Mendes Á, Melo MA, Carnut L, 2022
	Composição etária das pessoas cadastradas: $\leq 5$ anos e $\geq 65$ anos.	Miranda AS, 2021
	População nas faixas de idade prioritárias: $\leq 5$ anos e $\geq 65$ anos.	Harzheim, E et al., 2020
	Pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais;	Mario CG, Barbarini TA, 2020
	Priorização das pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.	Massuda A, 2020
	Composição etária das pessoas cadastradas: $\leq 5$ anos e $\geq 65$ anos.	Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista, TWDF, 2020
Sistema da Previdência Social - vinculação do benefício ao CPF (Cadastro de Pessoa Física) do usuário.	Ponderação individual, com base nos critérios do PPB.	Couto JGA, Mendes Á, Carnut L, 2023
	Benefício de Prestação Continuada (BPC) e/ou Benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos).	Mendes Á, Melo MA, Carnut L, 2022
	Vulnerabilidade socioeconômica definida pelo usuário ser beneficiado do BPC ou ser aposentado do INSS com aposentadoria menor do que dois salários mínimos; .	Miranda AS, 2021
	Ser beneficiário do Benefício de Prestação Continuada ou ser aposentado do INSS com aposentadoria menor do que dois salários mínimos.	Harzheim, E et al., 2020
	Benefício de Prestação Continuada (BPC), Benefício Previdenciário no valor de até dois salários mínimos,	Mario CG, Barbarini TA, 2020
	Estar cadastrada nos programas de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e/ou receber benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos.	Massuda A, 2020

Sistema de Cadastro Único - CadÚnico	Vulnerabilidade socioeconômica definida pelo usuário ser beneficiado do BPC ou ser aposentado do INSS com aposentadoria menor do que dois salários mínimos; .	Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista, TWDF, 2020
	Ponderação individual, com base nos critérios do PPB, idade e características demográficas	Couto JGA, Mendes Á, Carnut L, 2023
	Programa Bolsa Família (PBF);	Mendes Á, Melo MA, Carnut L, 2022
	Vulnerabilidade socioeconômica definida pelo usuário ser beneficiado do PBF, beneficiário do BPC ou ser aposentado do INSS com aposentadoria menor do que dois salários mínimos; .	Miranda AS, 2021
	Ser beneficiário do bolsa família,	Harzheim, E et al., 2020
	Programa Bolsa Família (PBF),	Mario CG, Barbarini TA, 2020
	Estar cadastrada no Programa Bolsa Família (PBF).	Massuda A, 2020
	Vulnerabilidade socioeconômica definida pelo usuário ser beneficiado do PBF.	Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista, TWDF, 2020

Fonte: elaboração dos autores.

## Discussão

Com o intuito de facilitar a análise do artigo revisado, este será dividido em subtemas conforme segue: a) aspectos metodológicos dos artigos; b) critérios e/ou conceitos de vulnerabilidade socioeconômica dos artigos; c) como os autores veem os critérios do Previne Brasil? e d) a análise de previsão da alocação de recursos é quantitativa ou qualitativa?

### *Aspectos metodológicos dos artigos*

Os artigos foram classificados por semelhança metodológica, sendo que foram identificadas quatro metodologias: ensaios, revisões de bibliografia, análise de contexto e descritiva.

Na subdivisão ensaio foram incluídos 3 artigos, sendo o artigo de Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> um ensaio crítico, Miranda<sup>25</sup> um ensaio argumentativo e Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> um ensaio analítico. Essa metodologia permite uma descrição profunda e detalhada do “problema” analisado, considerando as múltiplas perspectivas e implicações. Segundo Rodrigues<sup>30</sup>, os ensaios não têm pretensão de finalizar uma discussão focada sobre os detalhes de um tema, mas sim deixar questionamentos e reflexões em aberto, permitindo um novo olhar sobre o tema em geral.

Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> estruturaram o ensaio em duas partes, sendo que na primeira parte eles abordam as medidas e os efeitos da implementação do PPB na APS, e na segunda parte do ensaio realizam uma análise sobre tendências de perdas e ganhos de recursos financeiros para duas capitais brasileiras (São Paulo e Manaus), considerando três diferentes cenários da implantação do novo modelo de financiamento. Miranda<sup>25</sup> divide seu ensaio em cinco partes, sendo que ao longo do trabalho ele vai discutir as estratégias governamentais para a focalização em políticas sociais, após fará uma análise sobre o movimento de construção da atenção primária à saúde como um consenso internacional, e como as mudanças propostas no financiamento a distanciam deste consenso, caminhando para uma lógica utilitária, regulada e integrada extrinsecamente por políticas econômicas, pelos imperativos de eficiência alocativa e de austeridade preconizados pela agenda de reformas neoliberais. Ainda irá questionar os argumentos utilizados em defesa do PPB, como a equidade e integralidade, que ele refere ser a focalização e segmentação disfarçadas, tecendo duras críticas ao programa ao longo do texto<sup>25</sup>.

Os artigos de Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup> e Mario e Barbarini<sup>28</sup> foram incluídos na subcategoria de revisões de bibliografia, o artigo de Massuda<sup>27</sup> foi incluído na subcategoria de análise de contexto e o artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup> na categoria descritivo.

A revisão de Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup> foi uma revisão narrativa em que o método de pesquisa foi buscar os artigos contemplados no currículo lattes do Erno Harzheim, membro atuante do Ministério da Saúde durante o governo Bolsonaro, com importante articulação para a implantação do PPB. O estudo de Mario e Barbarini<sup>28</sup> faz uma análise bibliográfica e documental, colocando luz às motivações para a implantação do PPB. Segundo Cook, Mulrow e Haynes<sup>31</sup> as revisões auxiliam os profissionais ao resumirem grandes conjuntos de evidências, auxiliando a explicar diferenças entre estudos sobre a mesma questão, por isso neste sentido, os autores de ambos os textos compilaram as próprias “palavras” escritas pelos autores do PPB, assim como os documentos oficiais por eles editados, sendo portanto, a compreensão de um ponto de vista plural sobre o que os autores do PPB apresentavam.

O artigo de Massuda<sup>27</sup> faz uma análise sobre as tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e avalia as ameaças à APS, pela possibilidade de limitar a universalidade do SUS, bem como induzir a focalização das ações da APS, adicionando desafios que segundo o autor contribuem para a reversão de conquistas históricas na redução das desigualdades na saúde no Brasil. O artigo de Harzheim et al<sup>16</sup> faz uma descrição do PPB, apresentando as justificativas do governo para propor a mudança no modelo de financiamento da APS, os métodos de cálculos, os valores comparativos entre o novo programa e a política anterior, e justifica que o novo modelo busca aumentar a responsabilidade das equipes da APS, tornando concretos os princípios da equidade e universalidade.

#### *Os conceitos/critérios de vulnerabilidade socioeconômica nos artigos*

Dos sete artigos que compõem essa revisão, quatro deles apresentam os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do PPB e três apresentam conceitos de vulnerabilidade socioeconômica.

O artigo de Miranda<sup>25</sup>, Massuda<sup>27</sup> e Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> não discutem os critérios de vulnerabilidade socioeconômicas do PPB, mas vão apresentar conceitos como a seletividade sistêmica e estrutural, a exclusão de demandas não padronizáveis, a focalização e segmentação para políticas sociais e a cobertura universal, argumentando que a redução dos recursos poderá agravar ainda mais as condições de saúde em regiões de maior necessidade.

Miranda<sup>25</sup> argumenta que o PPB desvirtua o sentido polivalente e interdependente de universalidade, integralidade e equidade no SUS ao deformar diretrizes estratégicas, deslocando o âmbito da APS de territórios sociais complexos, demandas sociais complexas para demandas individualizadas, estratificadas por focalização de vulnerabilidade social. Para Massuda<sup>27</sup> as complexidades impostas pela necessidade de cadastro poderão levar a redução

de recursos em regiões de grande necessidade, aumentando as desigualdades sociais, além de que a estratégia de cadastramento poderá gerar barreiras para usuários com demandas mais complexas, por serem mais onerosos ao sistema. Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> discutem que ao deslocar a ênfase do financiamento para a pessoa assistida, o processo social e político de produção das vulnerabilidades é desconsiderado, o que torna os problemas sociais menos visíveis e pode levar a desmobilização das ações de campo que transcendem a clínica biomédica. Em consonância com os argumentos apresentados pelos autores que compõem essa revisão, Buss e Pelegrini<sup>32</sup> endossam a discussão sobre determinantes sociais, e como não basta “somar” os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade, pois segundo os autores, as diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas. Segundo os mesmos autores, o que irá diferenciar os níveis de saúde entre diferentes grupos está mais relacionada com fatores como o grau de equidade na distribuição de renda, o que faz com que as formas apresentadas de caracterização conceitual da vulnerabilidade precisem ser relativizadas<sup>32</sup>.

Com relação aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica do PPB, estes foram apresentados nos artigos de Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup>, Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup>, Mario e Barbarini<sup>28</sup> e Harzheim et al.<sup>16</sup> e podemos dividir os critérios em duas subcategorias, sendo a primeira ‘categoria a vulnerabilidade, subdividida em econômica e social’, e a segunda ‘categoria em vulnerabilidade demográfica’.

Os critérios de vulnerabilidade econômica que os artigos trazem se referem aos critérios estabelecidos pelo PPB que são: usuário ser ‘beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF)’, ser ‘beneficiário do benefício de prestação continuada (BPC)’ ou ser ‘beneficiário da previdência no valor de até dois salários mínimos’<sup>15</sup>.

O PBF é um programa de transferência de renda e combate à pobreza, que tem como principal regra um marcador de recurso financeiro que é a renda familiar mensal inferior a R\$218,00 (duzentos e dezoito reais) por pessoa, e a família deve estar inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal<sup>33</sup>. Segundo Baptistella<sup>34</sup> o PBF é apontado como um dos principais programas de transferência condicionada de renda do Brasil, responsável por grande parcela do orçamento social do governo federal, sendo um instrumento fundamental para redução das disparidades sociais, e por ter como objetivo combater a fome,

ao promover o aumento na renda destas famílias, provoca uma melhora no status nutricional de crianças e adolescentes, saindo do baixo-peso.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício não contributivo de um salário mínimo mensal concedido a idosos com 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência que as incapacitam para a vida independente e para o trabalho. Para recebê-lo, é necessário a comprovação de renda mensal familiar per capita inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo em vigência. É destinado, portanto, a famílias muito pobres. O BPC é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e começou a ser pago a partir de 1996, em substituição a antiga Renda Mínima Vitalícia (RMV)<sup>35</sup>.

Segundo Ansiliero et al.<sup>36</sup> a previdência social, tal como definida pela CF/1988, é o único sistema da seguridade social que exige contribuição daqueles que recebem renda do trabalho, assim como de seus empregadores. Segundo os autores, a contribuição é uma condição para garantir a proteção contra riscos sociais inerentes à atividade econômica e às contingências da vida humana, como maternidade, perda temporária ou permanente da capacidade laboral, morte e idade avançada. Neste mesmo estudo, os autores referem que os valores transferidos por meio dos benefícios pagos devem ser suficientes para garantir o acesso efetivo a bens e serviços essenciais, necessários para uma vida digna, o que implica garantir proteção contra a vulnerabilidade e a exclusão social. Observam ainda que em termos absolutos, as transferências de recursos via previdência social evitam que 30,1 milhões de pessoas vivam em situação de pobreza, ou 26,7 milhões em situação de pobreza extrema, e que os efeitos dos benefícios sociais sobre a pobreza da população idosa são substantivamente maiores do que em crianças e adolescentes<sup>36</sup>.

Os autores Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup>, Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> e Mario e Barbarini<sup>28</sup> não criticam os parâmetros estabelecidos para avaliação da vulnerabilidade econômica, mas a crítica se faz presente ao vincular a necessidade de cadastro de usuários que são vinculados nestes sistemas às equipes de saúde, para garantir um maior repasse financeiro. Estes autores refletem ainda que, da forma como foi estabelecida (excluindo-se o per capita que garantia a universalidade do financiamento), ocorre, inevitavelmente, a focalização na população mais pobre e que esta insere a lógica da cobertura universal e da carta de serviços, favorecendo a transformação da Atenção Básica em um mercado de serviços potencialmente ajustável aos interesses privados.

O artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup> afirma que ao ponderar os mais vulneráveis, ocorre uma aproximação da APS ao princípio da equidade, não discutindo os contextos sociais e políticos para as desigualdades sociais.

Com relação a vulnerabilidade social ou geográfica, em especial Harzheim et al.<sup>16</sup> discutem o ajuste de distância, por entender que quanto mais distante de um centro urbano, maiores serão os custos para a manutenção da APS, justificando esse ajuste com repasse maior para os municípios classificados como rurais, segundo a tipologia do IBGE<sup>17</sup>. Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup>, e Mario e Barbarini<sup>28</sup> não aprofundam a discussão com relação ao “ajuste de distância”, considerado um fator de vulnerabilidade geográfica. Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> discutem que esse ajuste, no estado de São Paulo, poderia significar uma perda de recursos, visto que aproximadamente 54% dos municípios são classificados como urbano, com uma população somada de aproximadamente 94%. Fausto et al.<sup>37</sup>, em estudo que avaliou o acesso aos serviços de saúde em municípios rurais remotos conclui que:

as especificidades geográficas, ambientais, sociais e culturais não podem ser tratadas como obstáculos para garantia do direito à saúde. Ao contrário, devem ser a base para a análise e o planejamento de políticas públicas, especialmente em um país marcado por um padrão de extrema desigualdade socioespacial. Este olhar minucioso para as características dos territórios deve conduzir a construção de políticas públicas, em nível micro e macro, que revertam em melhores condições de vida e saúde para os cidadãos.<sup>37(12)</sup>

Entretanto, o estudo do IBGE<sup>17</sup>, ressalta que este trabalho se trata de uma primeira aproximação de uma proposta de classificação, por município, dos espaços rurais e urbanos, identificados a partir de critérios comuns para todo o país, e encoraja outros níveis de análise.

A vulnerabilidade demográfica, subcategoria de vulnerabilidade socioeconômica presente nos artigos desta revisão é apresentada nos artigos de Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup>, Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup>, Mario e Barbarini<sup>28</sup> e Harzheim et al.<sup>16</sup> que são: crianças com idade igual ou menor a 5 anos, e idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Segundo Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> pessoas acima de 65 anos frequentemente são portadoras de benefício previdenciário com valores até dois salários mínimos, o que impediria o recebimento do ajuste demográfico, uma vez que os fatores se sobrepõem, valorizando ainda mais uma parcela da população (neofocalização). Para Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup> 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.

#### *Como os autores veem os critérios do Previne Brasil?*

O artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup> é o único artigo que compõem essa revisão que avalia os critérios do PPB como possibilidades positivas, já que, todos os demais autores, avaliam como limitantes.

Para Harzheim et al.<sup>16</sup> as possibilidades estão na capitação ponderada, redução do pagamento a componentes específicos, no aumento da responsabilização das equipes pela população adscrita e na ponderação positiva pela tipologia municipal. A capitação ponderada é avaliada pelos autores como uma possibilidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde de usuários em situação de maior vulnerabilidade, aproximando a APS do princípio da equidade<sup>16</sup>. De fato, conforme observado no estudo de Sellera et al.<sup>38</sup> após a criação da capitação ponderada, houve um incremento de aproximadamente 56% da população cadastrada. Porém os próprios autores refletem que não basta o cadastro da população para garantir efetivo cuidado em saúde, sendo necessário, para além do cadastramento, compreender nos territórios as diversas necessidades dos usuários e de suas famílias, fortalecendo os vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, valorizando o trabalho multiprofissional das equipes de saúde.

Outra possibilidade apontada por Harzheim et al.<sup>16</sup> foi com relação a redução do pagamento através de componentes específicos, pois segundo os autores, aumenta a fragmentação e reduz a autonomia dos gestores, dando pouca flexibilidade para adequar o uso dos recursos às necessidades municipais. Mendes, Carnut e Guerra<sup>39</sup> em seu estudo reforçam a necessidade de um financiamento baseado em necessidades em saúde, e que as mudanças implementadas pelo Ministério da Saúde, na alteração da lógica dos blocos de financiamento era um pleito dos gestores municipais, para reduzir a fragmentação dos incentivos financeiros. Entretanto, no artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup> não ocorre a discussão sobre o insuficiente financiamento ao SUS, e nem sobre as necessidades de adequar os recursos a Emenda Complementar 95 (atualmente substituída pelo novo arcabouço fiscal de 2023).

Harzheim et al.<sup>16</sup> ainda avalia positivamente a reformulação proposta pela capitação ponderada, ao induzir o aumento a população cadastrada, levando as equipes a trabalharem com maior responsabilização pela população adscrita. O estudo de Sellera e colaboradores<sup>38</sup> observou um aumento no número de usuários cadastrados, após a implantação da capitação ponderada, em municípios com todos os perfis demográficos, sendo maior nos municípios tipificados como remotos e rurais remotos, e também nos municípios de menor porte populacional. Apesar do aumento no número de usuários cadastrados, Sellera e colaboradores<sup>38</sup> ressalta que a maioria dos municípios não atingiu a meta dos sete indicadores no terceiro quadrimestre de 2021, mesmo os municípios com elevado percentual de usuários cadastrados, o que leva os autores a refletirem que para de fato modificar os indicadores de desempenho, melhorando de fato a condição de saúde da população, é necessário “compreender nos territórios as diversas necessidades dos usuários e de suas famílias, fortalecendo os vínculos

entre profissionais de saúde e comunidade, valorizando o trabalho multiprofissional das equipes de saúde”. Rosa et al.<sup>40</sup> observou situação semelhante em seu estudo, no qual os resultados demonstram um aumento expressivo no número de usuários cadastrados e o mesmo não foi observado nos indicadores de desempenho, uma vez que a maioria dos municípios se encontra abaixo da meta para a maior parte dos indicadores.

A ponderação positiva por tipologia municipal foi avaliada como possibilidade por Harzheim et al.<sup>16</sup> por considerar os custos envolvidos na manutenção da APS em regiões mais distantes dos centros urbanos. Essa possibilidade está em consonância com o observado por Fausto et al.<sup>41</sup> que se refere ao fato que o desafio central para a oferta de serviços de saúde em municípios rurais remotos está relacionado ao financiamento, havendo uma disjunção entre o financiamento da saúde e as características do território: áreas remotas, longas distâncias, áreas extensas com populações esparsas; baixa atratividade dos municípios pela insuficiência de infraestrutura.

Os autores Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup>, Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup>, Mario e Barbarini<sup>28</sup>, Miranda<sup>25</sup>, Massuda<sup>27</sup> e Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> avaliam os critérios do PPB com limites. Na subcategoria de Capitação Ponderada, Couto Mendes e Carnut<sup>19</sup> referem que a capitação ponderada foi implantada por influência do Banco Mundial, que encontrou no governo Bolsonaro terreno fértil para alterar a forma de alocação de recursos na APS de forma bastante acelerada. Segundo os autores, a argumentação em defesa do PPB é decorrente da narrativa de que o SUS é ineficiente, e que era necessário um novo modelo de financiamento para uma melhor eficiência na alocação dos recursos. Os autores ainda criticam os idealizadores do PPB, pois não há questionamentos referentes ao histórico subfinanciamento do SUS. Ainda com relação à capitação ponderada, Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup> contra-argumentam que uma alocação de recursos focalizada de forma individualizada nos mais pobres não dá conta do conceito de equidade, principal argumento de defesa do PPB, uma vez que não propõe a utilização de parâmetros e indicadores coletivos que expressem as diferenças de necessidades.

Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> referem que o componente da capitação ponderada se alinha a visão de um “SUS Operacional”, reforçando a utilização prioritária dos instrumentos gerenciais baseados em métricas. Estes autores ainda afirmam que o esvaziamento de recursos justifica caminhos para a privatização por dentro do sistema, que se utiliza do contexto da crise sanitária e econômica para reordenar formas de alocação que simulam mais recursos financeiros, porém, por serem de difícil operacionalização, geram uma exclusão às avessas, nas quais os serviços da APS se restringem aos extremamente pobres e o resto da população fica exposta às especulações do mercado<sup>26</sup>.

Mario e Barbarini<sup>28</sup> discutem que os novos critérios de financiamento da APS adequam o orçamento do Ministério da Saúde à EC 95/16, por outro lado, colocam em questão não apenas o critério da equidade, constantemente questionado pelo Ministro Mandetta, mas também a universalidade do direito à saúde no Brasil. Segundo as autoras, ainda podem ocorrer consequências imediatas para os gestores municipais, que poderão enfrentar redução dos recursos para os que estão com o cadastramento incompleto<sup>28</sup>.

Miranda<sup>25</sup>, Massuda<sup>27</sup> e Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> argumentam que a capitação ponderada está relacionada a adscrição da clientela, semelhante ao que ocorre nos países do hemisfério norte, que são cadastrados nos serviços e estratificados segundo a vulnerabilidade socioeconômica. Segundo os autores, essa estratificação abre espaço para as “cartas de ofertas” de procedimentos e serviços ou “remuneração por serviços produzidos”, abrindo espaço para a privatização da APS<sup>25,27,29</sup>. Ainda segundo Miranda<sup>25</sup>, ao importar, incorporar e implantar logísticas sistêmicas e tecnologias adotadas em outros países, busca-se consolidar modos de integração sistêmica (auto)regulados pelos termos e propósitos ‘ultraliberais’, por isso mesmo, disruptivos para as políticas públicas de caráter redistributivo como no caso que se propõem o SUS no Brasil. Massuda<sup>27</sup> refere que o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios, explicitando que a meta do governo federal claramente não foi financiar a APS para o total da população brasileira. Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> não estão de acordo com esse argumento e discutem que as mudanças na APS, elaboradas em nome de suposta melhoria de eficiência e efetividade na aplicação dos recursos e de resolutividade, revela-se presidida pela racionalidade financeira, que converte a saúde em uma mercadoria ajustável aos interesses do setor privado e que, em nenhum documento figuram “restrições” do financiamento da APS.

Segundo Cruz e Costa Marques<sup>42</sup> a privatização da saúde tem potencial de gerar distorções na condução de políticas públicas, desconsiderando o processo social e político da produção das vulnerabilidades e prejuízo a princípios da administração pública como a legalidade, impessoalidade e publicidade de gastos.

Couto, Mendes e Carnut<sup>19</sup>, Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup>, Miranda<sup>25</sup>, Morosini, Fonseca e Baptista<sup>29</sup> e Massuda<sup>27</sup> discutem que embora o PPB esteja envolto em um discurso oficial de reduzir desigualdades e se aproximar do princípio da equidade, a capitação ponderada ao realizar ajustes compensatórios em função das vulnerabilidades sociais afasta-se da equidade e transmuta-se em focalização e restrição de direitos. Corroborando a reflexão dos autores, Mendes, Carnut e Guerra<sup>43</sup> afirmam que a nova proposta de financiamento da APS racionaliza a prestação de serviços, promovendo a neoseletividade, termo que define a

necessidade de focalizar a atenção para uma população específica, sob a justificativa da escassez de recursos, a fim de garantir a saúde para os mais “pobres”, destituindo a lógica da APS e a universalidade do sistema.

#### *A análise de previsão da alocação de recursos é quantitativa ou qualitativa?*

Os artigos que compoem essa revisão podem ser subdivididos ainda com relação a análise da previsão de alocação de recursos, sendo as categorias quanti ou qualitativas. Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup>, Miranda<sup>25</sup> e Harzheim et al.<sup>16</sup> vão realizar uma análise quantitativa da previsão de alocação de recursos. No ensaio de Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup> os autores realizam a previsão de ganhos ou perdas entre os municípios de Manaus e São Paulo, com relação à três diferentes cenários: cenário 1 – modelo de transição, com recebimento efetivo de 2020, cenário 2 a simulação dos repasses se não houvesse a proposta de transição, e no cenário 3, a simulação dos repasses considerando as equipes homologadas com usuários cadastrados. Miranda<sup>25</sup> realiza uma análise com base nos argumentos do Ministério da Saúde, em que 68,2% dos municípios teriam acréscimos e apenas 17,8% dos municípios teriam decréscimos nos repasses recebidos. E no artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup> os autores apresentam as comparações entre os recursos repassados por cada componente do financiamento do PPB e o modelo anterior, apresentando o incremento de 1,250 bilhão para que durante o modelo de transição, nenhum município apresenta decréscimo no repasse. Apesar dos resultados avaliados nos artigos, o estudo realizado por Rosa et al.<sup>40</sup> ressalta que o Previne Brasil promoveu uma redistribuição dos repasses federais entre municípios no sentido de possibilitar que municípios rurais e adjacentes recebessem maior volume de recursos do que municípios urbanos em comparação ao PAB. Este mesmo estudo ainda ressalta que locais com maior quantidade de pessoas cadastradas em programas de transferência de renda (BPC e PBF) e com maior proporção de crianças e idosos também se beneficiaram com o PPB, entretanto, municípios com contingente populacional maior e com renda per capita menor foram penalizados com a mudança<sup>40</sup>.

Foram realizadas análises qualitativas por todos os artigos que compõem essa revisão, e novamente, com exceção ao artigo do Harzheim et al.<sup>16</sup>, os demais autores realizam diversas críticas e questionamentos com relação ao novo modelo de alocação de recursos. Couto, Melo e Carnut<sup>19</sup>, Mendes, Melo e Carnut<sup>26</sup>, Miranda<sup>25</sup> e Massuda<sup>27</sup> criticam que o novo modelo de alocação de recursos é uma estratégia para contingenciar o orçamento do Ministério da Saúde, promovendo a gestão de recursos escassos, e que não alteram o subfinanciamento estrutural do SUS. Os mesmos autores apontam que o PPB é um risco a universalidade do SUS, ao focar o financiamento em população cadastrada, ampliando as desigualdades sociais<sup>19,25,26,27</sup>. Segundo

Drago<sup>44</sup> as estratégias neoconservadoras, balizadas pelo gerencialismo, apontam para o processo antes de subfinanciamento e agora de desfinanciamento da saúde, com progressiva retração de financiamento para a saúde, associados ao consumo de planos, convênios e seguros, compra particular de serviços na área e a participação de empresas privadas na prestação de serviços públicos ampliados exponencialmente a partir da crença hegemônica de melhor eficiência, rapidez e até mesmo qualidade, com a gestão privada ganhando os adjetivos de ‘eficiente’, ‘ágil’, e ‘desburocratizada’ ao passo da especulação de um serviço público ‘sem verbas’, ‘sem gestão’ e ‘sem credibilidade’, levando a saúde pública a perder sua natureza de direito e paulatinamente passando a ser encarada como despesa.

*Fontes de informação potencialmente usadas para captura dos dados de vulnerabilidade socioeconômica e operacionalização dos critérios: até que ponto eles são pertinentes?*

### *1) Tipologia Municipal*

Todos os artigos que compõem essa revisão mencionam que para o ajuste de distância da capitação ponderada do PPB foi utilizada a tipologia municipal conforme estudo do IBGE<sup>17</sup>. Segundo este estudo, a classificação em tipologia rural-urbana foi tradicionalmente estabelecida como modo de qualificar as sociedades e o espaço, mas as categorias ‘rural’ e ‘urbano’ estão sujeitas às transformações que vem sendo operadas no decorrer do tempo<sup>17</sup>. Estas informações podem ser acessadas através do Portal do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/index.php>), no menu Geociências > Organização do território > Tipologias do território > Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil ou diretamente pelo endereço eletrônico: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html>. Neste sentido, o usuário poderá acessar todo o estudo, incluindo a publicação, a metodologia e a base de dados o que faz pensar sobre até que ponto as formulações tipológicas do IBGE ajudam (ou captam) diferenças intermunicipais relevantes para pensá-los como indicador para formular um critério de alocação de recursos. Segundo Bousquat et al.<sup>45</sup>, as distintas características socioespaciais e de inserção na lógica econômica demandam políticas de saúde customizadas para as diferentes realidades, mais solidárias e adequadas aos ‘desenhos das redes regionais de saúde’, mais do que à lógica geopolítica meramente municipal, com políticas específicas para provimento de recursos humanos, além de um incentivo a uma APS robusta, com escopo de práticas ampliada e com forte componente cultural e comunitário.

## *2) Ponderação demográfica municipal*

A ponderação demográfica municipal foi citada por todos os autores que compõem essa revisão, e conforme descrito no artigo de Harzheim et al.<sup>16</sup>, para o ajuste demográfico, a população nas faixas de idade prioritárias (menor ou igual a 5 anos e maior ou igual a 65 anos) de cada município foi obtida a partir da população IBGE 2018, aplicadas as proporções de cada faixa etária do IBGE 2010 e Sistema Nacional de Nascidos Vivos disponibilizada pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Harzheim et al.<sup>16</sup> atribui a necessidade de ajuste demográfico, com peso diferenciado para pessoas cadastradas beneficiárias de programas sociais e dentro das faixas de idade que são consideradas com maior necessidade dos serviços de saúde.

Pinheiro et al.<sup>46</sup> em pesquisa sobre o uso dos serviços de saúde, conclui que o uso é mais comum entre as crianças e idosos, decresce com a idade até a pré-adolescência ou adolescência e adultos jovens (homens), tornando a se elevar a partir da idade adulta e idosos. Em que pese que é muito pertinente a organização de critérios de alocação baseados na idade (já que a população infantil e idosa é que mais utiliza), o critério sexo também apresentam bastante robustez na literatura (no qual mulheres usam mais os serviços) mas não é considerado como um critério na formulação do PPB.

## *3) Sistema da Previdência Social – Benefício Previdenciário e BPC*

Por se tratarem de critérios de vulnerabilidade do PPB, todos os autores mencionam os critérios vinculados à Previdência Social – Benefício de previdência do INSS ou BPC. Conforme já descrito por Ansiliero et al.<sup>36</sup>, os benefícios pagos devem ser suficientes para garantir o acesso efetivo a bens e serviços essenciais, necessários para uma vida digna, o que implica garantir proteção contra a vulnerabilidade e a exclusão social. Segundo os mesmos autores, o peso das transferências previdenciárias no rendimento domiciliar apresenta um importante papel de estabilidade social, de proteção aos segurados e a seus dependentes, em alguma medida, contra a vulnerabilidade social e econômica. Duarte et al.<sup>47</sup>, em estudo do censo demográfico do IBGE de 2010, demonstrou que a discriminação, a invisibilidade e a desigualdade social ainda persistem em pessoas com algum tipo de deficiência, e quanto mais grave a deficiência, mais importante a exclusão, evidenciando a importância de benefícios assistenciais não contributivos como o BPC, associados a outras políticas de inclusão social, para redução das desigualdades. O estudo de Araújo e Flores<sup>48</sup> conclui que a adoção de

políticas centralizadas que redistribuem recursos no nível individual não implica redução automática da desigualdade entre regiões.

#### *4) Benefício do Programa Bolsa Família*

Os autores dos artigos que compõem essa revisão descrevem que ser beneficiário do PBF é um dos critérios de vulnerabilidade propostos pelo PPB, e conforme descrito anteriormente neste revisão, trata-se de um programa de transferência de renda e combate à pobreza, que tem como principal regra um marcador de recurso financeiro que é a renda familiar mensal inferior a R\$218,00 (duzentos e dezoito reais) por pessoa, e a família deve estar inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, conforme orientações presentes no portais eletrônicos do governo federal<sup>49</sup>.

Através do sistema de Cadastro Único é possível conhecer as características socioeconômicas das famílias que são beneficiárias do Programa Bolsa Família. O Cadastro Único é o principal instrumento do Estado brasileiro para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, do Pé de Meia, da Tarifa Social de Energia Elétrica, do Auxílio Gás, do Programa Minha Casa Minha Vida, entre outros. Além disso, ele também serve como critério para a seleção de beneficiários de programas oferecidos pelos governos estaduais e municipais<sup>49</sup>.

#### *Limitações desta revisão*

Este artigo, em concordância com a metodologia utilizada, buscou sintetizar e integrar o conhecimento disponível a partir do estabelecimento de uma pergunta de pesquisa. Ainda que o estudo tenha trazido resultados válidos e um panorama aproximado sobre o tema, é necessário reconhecer que uma limitação deste tipo de revisão é a ausência de foco essencialmente no objeto *per se*. Tal fato é demonstrado quando alguns artigos incluídos tangenciam o tema, mas não o apresentam de forma central ou explicitam de maneira incompleta suas dimensões/indicadores. Por este motivo, em estudos posteriores, um possível modo de avançar na discussão pode ser a ampliação do escopo, com uso de outros bancos de dados, ou ainda o uso de materiais de outra natureza (como tese e dissertações) já que o tema ainda é escasso em materiais do tipo artigo científico.

#### *Implicações para políticas públicas*

A alocação de recursos com base em critérios de vulnerabilidade social é determinante para que seja possível reduzir as desigualdades sociais. Entretanto, conforme explicitado neste artigo, o tema da vulnerabilidade social e socioeconômica é bastante complexo. Neste estudo, pudemos observar a importância de termos critérios que permitam uma avaliação abrangente e precisa das condições de vida das populações.

Ao definir que os ajustes para os repasses financeiros estivessem focados em critérios individualizantes, como idade, PBF e BPC, a multidimensionalidade da vulnerabilidade deixou de ser considerada, assim como os aspectos coletivos, que determinam a maior ou menor exposição de um grupo de pessoas aos riscos, demonstrando a importância de utilizar critérios ou índices capazes de identificar não apenas as necessidades individuais, mas também as condições que afetam grupos inteiros, proporcionando uma visão mais completa e precisa das áreas e populações que mais necessitam de recursos.

#### *Avanços desta revisão e a agenda de pesquisa*

Considerando a extinção do PPB pela Portaria n. 3.493/24<sup>21</sup>, e que nesta portaria foi implantado o Indicador de Equidade e Dimensionamento – IED, que leva em consideração o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que é um índice que avalia a vulnerabilidade de forma multidimensional, calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e o porte populacional, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), será importante a realização de novos estudos que possam avaliar como se dará a alocação de recursos e quais serão os desdobramentos neste novo cenário.

Isto demonstra que o tema sobre a pertinência dos indicadores na traducibilidade do construto “vulnerabilidade socioeconômica” se encontra na ordem do dia do debate acadêmico, político e gerencial sobre alocação de recursos. No entanto, como já vimos no caso do estudo dos critérios de vulnerabilidade trazidos no PPB, há a tendência de que índices que são criados pelo IPEA, IBGE e outros órgãos – por mais bem-vindos que sejam – não consideram a organização do SUS em seu nível de desenho territorial e capilaridade, o que pode, conforme vimos, obscurecer as diferenças entre os grupos/indivíduos gerando mais dificuldades de discernimento das vulnerabilidades socioeconômicas do que delimitações claras sobre as mesmas.

#### **Considerações finais**

De acordo com os dados compilados nesta revisão é possível afirmar que os critérios de vulnerabilidade socioeconômicos do PPB, por apresentarem características

individualizantes, poderiam levar a uma exclusão de demandas não administráveis, focalizando na população mais pobre, podendo levar a “perda” da universalidade, além de permitir a inserção da lógica de cobertura universal e carta de serviços, ao invés de perseguir a lógica da universalidade e equidade do financiamento. Isto, se persistir, pode favorecer a transformação da Atenção Básica em um mercado ajustável aos interesses privados, além de não reduzir as iniquidades.

A reflexão sobre a dificuldade de se ter indicadores pertinentes que traduzam de maneira discernível, dentro dos parâmetros de divisão territorial preconizado pela estrutura do SUS em áreas, municípios e regiões de saúde, é um desafio. Desafio este principalmente à traducibilidade da vulnerabilidade socioeconômica enquanto construto complexo. Simplificações feitas como a que foi revisada no caso do PPB neste estudo não resolvem o problema e podem induzir a erros de diferenciação que produzem iniquidades. O caminho mais seguro e prudente ainda parece ser a tentativa de construir índices de necessidades de saúde a partir dos níveis locais e regionais. A ideia que deve ser perseguida é a caracterização da vulnerabilidade socioeconômica como uma dimensão dentro de um arranjo complexo de indicadores que vão sendo agregados ao longo de uma experiência empírica de alocação que vá se comprovando, na prática histórica de médio prazo, de fato equânime.

## Referências

1. Monteiro SRRP. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em Debate*. 2011;17:29-40.
2. Lima FA. Territórios de vulnerabilidade social: construção metodológica e aplicação em Uberlândia, MG [dissertação]. Uberlândia: UFU; 2016.
3. Ayres JCR, Czeresnia D, Freitas CM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 15-27.
4. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)
5. Schumann LRM, Moura LBA. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2105-20.

6. Bugni RP, Jacob MS. Índice de Vulnerabilidade Social: uma análise da Cidade de São Paulo. In: Territórios em Números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de UDHs e regiões metropolitanas brasileiras. São Paulo: IPEA; 2013. p. 45-59.
7. Drachler MdeL, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(2):461-70. doi: 10.1590/S1413-81232003000200011.
8. ONU. Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral n. 14 sobre o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental. 2000. Disponível em: [https://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/Commentary/General\\_Comment\\_14.pdf](https://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/Commentary/General_Comment_14.pdf)
9. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(2):319-24. doi: 10.1590/S1413-81232007000200007.
10. Porto SM. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA; 2002. p. 79-92.
11. Drachler MdeL, Lobato MAdeO, Lermen JI, Fagundes S, Ferla AA, Drachler CW, Teixeira LB, Leite JC. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(9):3849-58. doi: 10.1590/1413-81232014199.12012013.
12. Campos O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1969 Jun;3(1):79-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101969000100010>
13. Rola RCF, Carnut L, Filippon J. Alocação de recursos financeiros em saúde no sistema de saúde da Escócia: uma revisão integrativa para se refletir sobre o caso brasileiro [Internet]. Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/acervo/alocacao-de-recursos-financeiros-em-saude-no-sistema-de-saude-da-escocia-uma-revisao-integrativa-para-se-refletir-sobre-o-caso-brasileiro/>. Acessado em: 20 mar 2024.
14. Carnut L, Ferraz CB. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2021;45:207-22.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da

Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2019.

16. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DDC, Ramos LG, Silva LED, Santos CMJD, Pedebos LA. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:1361-74.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
18. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LMdS, Seidl H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(4):1605-18. doi: 10.1590/1413-81232022274.01112021.
19. Couto JGA, Mendes Á, Carnut L. Revisão crítica dos argumentos “oficiais” da nova alocação de recursos federais para a Atenção Primária. *J Manag Prim Health Care*. 2023. doi: 10.14295/jmphc.v15.129.
20. Giovanella L, Franco CM, Almeida Pfd. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1475-82. doi: 10.1590/1413-81232020254.01842020.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2024.
22. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6. doi: 10.1590/S1679-45082010RW1134.
23. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 Dec;52(5):546-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x. PMID: 16268861.
24. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
25. Miranda AS de. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. *Saúde em Debate*. 2020;44:1214-30.
26. 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:e00164621.

27. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:1181-8.
28. Mário CG, Barbarini TA. A perversidade da agenda de saúde pública brasileira: a saúde como direito universal à cobertura universal em saúde (dossiê). *Rev Estado Políticas Públicas*. 2020;8(14):69-91.
29. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00040220.
30. Rodrigues KCM. Ensaio: Um gênero em busca da sua caracterização. *Intersecções*. 2015;15(1):157-72.
31. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med*. 1997 Mar 1;126(5):376-80. doi: 10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006. PMID: 9054282.
32. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.
33. Tem dúvidas sobre o Bolsa Família? Confira perguntas e respostas sobre o programa. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2023/03/tem-duvidas-sobre-o-bolsa-familia-confira-perguntas-e-respostas-sobre-o-programa>. Acessado em 22/07/2024.
34. Baptistella JCF. Avaliação de programas sociais: uma análise do impacto do Programa Bolsa Família sobre o consumo de alimentos e status nutricional das famílias. *Rev Bras Aval*. 2020;3:26-53.
35. Neto RLA, Bezerra FSM. Benefício de prestação continuada (BPC) e a promoção do bem estar social de populações vulneráveis no Brasil. *Rev Direitos Sociais Seguridade Previdência Social*. 2023;9(1):17-33.
36. Ansiliero G, Vaz FM, da Silva Filho GA, Rangel LA, Costanzi RN. Beneficiômetro da Seguridade Social: um panorama da previdência social brasileira a partir de indicadores clássicos. *Texto para Discussão*. 2023;2941.
37. Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, Santos AM dos, Seidl H, Mendonça MHM de, Cabral LMS, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. 2023;32(1):e220382pt.
38. Sellera PEG, Silva MRM, Mendonça AVM, Ginani VC, Sousa MF de. Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro

- populacional na APS. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 Sep;28(9):2743-50. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.20142022>
39. Mendes Á, Carnut L, Guerra LD da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):224-43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>
  40. Rosa L, Arruda H, Faria M, Mrejen M, Nobre V, Aguillar A, Rocha R. *Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados*. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2023.
  41. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LMS, Seidl H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27:1605-18.
  42. Cruz AO, Costa Marques MC. Terceirização da saúde pública e o desmonte da atenção primária do município de São Paulo: resultados preliminares de uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care*. 2023;15(spec):e014-e014. ISSN 2179-6750.
  43. Mendes KMC, Carnut L, Guerra LD da S. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”. *J Manag Prim Health Care*. 2022;14:e002-e002. ISSN 2179-6750.
  44. Drago LMB. A saúde pública no Brasil em tempos de austeridade: desfinanciar e repassar à gestão privada – a lógica sobre os hospitais universitários. *J Manag Prim Health Care*. 2023. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/1382>
  45. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, et al. Different remote realities: health and the use of territory in Brazilian rural municipalities. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:73. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>
  46. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito ADS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7:687-707.
  47. Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS, Boccolini P de MM. Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Nov;22(11):3515-26.
  48. Araújo V, Flores P. Redistribuição de renda, pobreza e desigualdade territorial no Brasil. *Rev Sociol Política*. 2017;25(63):159-82. <https://doi.org/10.1590/1678-987317256307>
  49. Cadastro Único. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico>. Acessado em 23/07/2024.