

Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos

A critical analysis of the implementation of the new model for allocating federal resources to primary healthcare: operationalism and improvisation

Análisis crítico sobre la implantación del nuevo modelo de asignación de recursos federales para la atención primaria en salud: operacionalismo e imprevistos

Áquilas Mendes ^{1,2}
Mariana Alves Melo ¹
Leonardo Carnut ³

doi: 10.1590/0102-311X00164621

Resumo

Realiza-se um ensaio crítico acerca das políticas adotadas pelo governo Jair Bolsonaro no âmbito da atenção primária à saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente no tocante ao primeiro ano de implantação do seu novo modelo de alocação de recursos financeiros. A primeira parte aborda as medidas e os efeitos do primeiro ano, evidenciando a continuidade do processo de valorização de um “SUS operacional” em detrimento do princípio da universalidade. A segunda parte analisa alguns cenários de tendência da implantação do novo modelo de “financiamento” da APS, em termos de perdas e ganhos de recursos, especialmente, de duas capitais brasileiras, São Paulo e Manaus, que apresentam relação direta com a conjuntura problemática após um ano de pandemia do coronavírus. Para esse exercício, busca-se relacionar os valores do Componente de Capitação Ponderada desses municípios, comparando 2019 (ano sem o novo modelo) e 2020 (um ano de implantação do novo modelo). A destruição da universalidade no SUS via APS está seguindo seu curso, conforme os dados apontam. Se o que acontece em Manaus e São Paulo, com a existência de prejuízos financeiros em comparação aos recebimentos de 2019, de fato representa uma tendência, é provável que o processo de desfinanciamento produzido pelo novo modelo de alocação aconteça nos demais centros urbanos de forma desigual e combinada, segundo suas realidades.

Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; COVID-19

Correspondência

Á. Mendes
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Rua Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.
aquilasmendes@gmail.com

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.



Introdução

A atenção de todas as brasileiras e todos os brasileiros está completamente voltada para a crise da pandemia do coronavírus. Ao se comparar com a situação mundial, após um ano e meio dessa crise, o Brasil registra a segunda posição, com o maior número de mortes, após os Estados Unidos, alcançando, em um ano e meio de pandemia, meio milhão de mortes. Para enfrentar esse cenário, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na atenção primária à saúde (APS), deveria ser política prioritária desenvolvida pelo governo federal. Contudo, o recente crescimento das mobilizações populares contra o governo Jair Bolsonaro não tem sido suficiente para mudar a direção das suas decisões políticas relacionadas ao SUS. Particularmente, assiste-se ao encerramento do primeiro ano de desenvolvimento do novo modelo de alocação dos recursos federais para a APS, implantado com a valorização de um “SUS operacional”, marcado por arranjos institucionais frágeis para fortalecer o acesso universal, por um lado, e por outro, por propiciar um espaço prioritário de crescimento do capital privado nesse nível de atenção, o que no quadro da crise sanitária deveria ser o locus destacado de participação do SUS como política de Estado. Dito de outro modo, o sistema de saúde brasileiro passa a restringir sua assistência à saúde às pessoas (indivíduos) que os municípios conseguiram cadastrar, distanciando-se do princípio universal em que as transferências de recursos deveriam ser associadas ao conjunto da população dos municípios. Destitui-se por completo toda lógica da atenção primária à saúde e a universalidade do sistema, descaracterizando sua orientação como ordenadora do cuidado e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir nesse nível de atenção ^{1,2}.

Grande parte da sociedade brasileira não tem se atentado às significativas alterações que o governo Bolsonaro tem realizado na política de APS, ainda que no campo da saúde coletiva, vários estudos tenham apresentado críticas a essas modificações ^{1,2,3,4,5,6}. O auge do seu projeto, que em termos analíticos pode-se intitular de neofascistizante ^{1,7}, na saúde, se concretizou com a *Portaria nº 2.979/2019* do Ministério da Saúde ⁸, denominada, contraditoriamente, como Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de alocação dos recursos federais à APS e está em vigor há um ano.

De forma geral, a essa reformulação no âmbito do projeto da APS foi acrescentado um conjunto de medidas adotadas pelo governo federal: a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do (SAPS) do Ministério da Saúde; o estabelecimento do Programa Médicos pelo Brasil e a instituição do serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (*Lei nº 13.958/2019*)⁹, com atribuição de prestação direta da APS por meio da contratação de prestadores privados; a adoção da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, com a definição da proposta da lista de serviços básicos para a construção de uma classificação taxonômica preliminar padronizada, por meio de uma lista com rol de procedimentos e o número de “pessoas” cadastradas a ser coberto pelas unidades de saúde, constituindo instrumentos necessários para o estabelecimento de contratos com qualquer prestador, seja público ou, especialmente, privado, como prefere a proposta desse governo ^{1,2}. Todas essas medidas se alinham à concepção de um projeto privatizante da APS no SUS que vem sendo defendido pelo governo Bolsonaro. Por sua vez, o novo modelo de alocação de recursos federais à APS parece conter a centralidade desse projeto, à medida que a destinação de recursos financeiros se alinha ao sentido mais determinante da política pública no contexto do capitalismo.

Nesta perspectiva, o objetivo deste ensaio é realizar uma análise crítica acerca das políticas adotadas pelo governo Bolsonaro no âmbito da APS, particularmente no tocante ao primeiro ano de implantação do seu novo modelo de alocação de recursos financeiros. Para tanto, o ensaio está estruturado em duas partes. A primeira parte aborda as medidas e os efeitos do primeiro ano de implementação do modelo de financiamento da APS, evidenciando a continuidade do processo de valorização de um “SUS operacional” em detrimento ao seu princípio de universalidade. A segunda parte analisa alguns cenários de tendência da implantação do novo modelo de financiamento da APS em termos de perdas e ganhos de recursos, especialmente, de duas capitais brasileiras, São Paulo e Manaus, que apresentam relação direta com a conjuntura problemática após um ano de pandemia do coronavírus.

As medidas e efeitos do primeiro ano de implementação do modelo de financiamento da atenção primária à saúde implantado pelo governo Bolsonaro

São constantes no governo Bolsonaro os embates contra a universalidade do SUS, sejam pela forma de diminuições dos recursos orçamentários ^{1,10}, decorrentes, principalmente, pela manutenção da *Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC95)* e pela irresponsabilidade sanitária em 2021, que foi iniciado quase sem recursos programados no orçamento do Ministério da Saúde para enfrentamento da COVID-19, sejam pela continuidade do desenvolvimento do novo modelo de financiamento da APS. Este último, já há um ano de implementação, vem estimulando o caráter de um “SUS operacional”, restrito a formas de acesso voltadas para aspectos gerenciais, isto é, somente às pessoas cadastradas pelo esforço das secretarias municipais de saúde, refletindo num processo de destruição, “a conta gotas”, de seu princípio universal, abrindo espaço para o capital privado ocupar o lócus da virtude histórica construída pelo setor público nos 33 anos de SUS: a APS. Esta foi originalmente construída e integrou o SUS desde seu início em 1988, porém, foi se perdendo ao longo dessa etapa do capitalismo contemporâneo em crise ¹, seja pelo crescimento dos modelos privatizantes de gestão, seja por esse mais recente modo de alocação dos recursos federais. Em sua gênese, o conceito da APS é derivado do auge da discussão dos anos 1970 sobre a determinação econômico-social da saúde, de cunho marxista, que resgatava a crítica ao modelo biomédico de atenção à saúde e a limitada capacidade do setor da saúde resolver seus problemas quando não está fortemente articulado, em uma chave totalizante, com outros setores sociais ¹¹.

A atribuição do termo “SUS operacional” para compreender o processo pelo qual passa esse sistema com o novo modelo de alocação de recursos para a APS é emprestada das reflexões de Chauí ¹² sobre a “universidade operacional”, termo que caracteriza a educação superior no âmbito da contrarreforma neoliberal do Estado no Brasil. Chauí, na sua análise, chama atenção para a transformação da educação superior sob os efeitos do neoliberalismo, em largo e contínuo processo de seu desmantelamento via lógica de uma organização com interesses mercantis. É importante dizer que, ao nos utilizarmos dessa ideia para a saúde pública, atribuindo a ela o termo “SUS operacional”, em tempos de políticas ultraneoliberais – com intensificação do neoliberalismo por meio de uma espécie de ajuste fiscal permanente e de propagação de contrarreformas dos direitos sociais ¹³ –, deve-se admitir que esse termo ganha dimensões mais intensas e duras em sintonia com a etapa contemporânea do capitalismo em crise.

De forma geral, Chauí argumenta que a “universidade operacional” é tributária da reforma de Estado neoliberal dos anos 1990, na qual o pressuposto ideológico básico é ancorado no mercado como portador de radicalidade para a modernização e racionalização das atividades estatais. Neste sentido, desconsidera-se a universalização do direito e são reforçados os privilégios e as carências, sob a cantilena “os ricos devem pagar pelos pobres”. A educação, de direito, é transformada em serviço e a universidade é entendida como mera prestadora de serviços. Confere-se um sentido bastante determinado à ideia de autonomia universitária, introduzindo os termos: “qualidade universitária”, “avaliação universitária” e “flexibilização universitária”. Transforma-se a universidade pública em “organização administrada”, perdendo-se a ideia e a prática da autonomia, sendo restrita à gestão de receitas e despesas de acordo com o contrato de gestão que o Estado estabelece com metas e indicadores de desempenho. A autonomia está associada ao gerenciamento empresarial da organização. Em suma, a universidade passa de uma “instituição social”, com prática social fundada no reconhecimento público de legitimidade interna a ela para uma “organização social”, com prática de sua instrumentalidade – que prioriza um conjunto de meios administrativos e gerenciais – particular para obtenção de um objetivo particular. Nesse último tipo de “organização”, poderíamos, ainda, acrescentar toda a literatura que atribui força ao “gerencialismo”, conforme os preceitos da configuração neoliberal da Nova Gestão Pública ¹⁴.

O novo modelo de alocação dos recursos federais à APS representa um passo importante em direção ao reforço de um “SUS operacional”. Trata-se de focar o financiamento da APS na adoção de instrumentos de gestão no interior da administração pública direta, focalizando o acesso a aspectos de “cadastramento” dos mais pobres, principalmente, apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo de toda lógica da atenção primária à saúde original e da universalidade do sistema.

Não se pode esquecer que a discussão sobre o desenvolvimento de medidas capazes de capturar o desempenho dos sistemas de saúde no mundo não é recente e decorre dos anos 2000, por meio das recomendações do relatório do Banco Mundial para a saúde, já recebendo duras críticas naquele período ¹³. Contudo, a ideia mais associada à defesa do capital em explorar a APS encontra-se na avaliação de desempenho dos municípios, suas secretarias municipais de saúde, por meio de suas equipes de saúde da família e de atenção primária, reforçando a eficiência de seus instrumentos operativos – os cadastros –, que encontrará terreno fértil para fincar seu ancoradouro normativo com o governo Bolsonaro.

O impacto do relatório do Banco Mundial de 2017, *Um Ajuste Justo* ¹⁶, chegaria ao Brasil no momento oportuno – onda conservadora e neofascistizante – para a burguesia local dar início a alteração da lógica geral do sistema de saúde. Um dos seus principais argumentos apresentados nesse relatório refere-se à seguinte ideia: “sendo mais eficiente, o Brasil poderia oferecer mais serviços no nível de atenção primária”. No período subsequente, essa ideia é ainda reforçada com o novo relatório do Banco Mundial de 2019 ¹⁷, intitulado *Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*. No seu conteúdo estão as bases fundantes do novo modelo de alocação de recursos federais para APS, que será analisado a seguir, com destaque aos seus efeitos após um ano de execução.

Mas, antes mesmo do foco recair na APS, cabe ressaltar que o SUS vinha passando por um contínuo processo de subfinanciamento desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e dos governos progressistas de Luís Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, em que o gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos em saúde permaneceu 1,7% do PIB entre 1995 e 2015, não sofrendo alteração nesse período. Com o golpe institucional de 2016 e acrescido do governo neofascista Bolsonaro, mantém-se esse baixo nível de comprometimento do PIB com o SUS até 2019 e assiste-se a um processo crescente e contínuo de seu desfinanciamento por meio da EC95 que congelou o gasto público. A perda de recursos para o SUS com a EC95, desde 2018 até 2020, registra o valor de R\$ 22,5 bilhões ¹⁸. Certamente, esse contexto fragiliza a possibilidade de dar sequência a uma APS construída ao longo da implementação do SUS.

Com a chegada da pandemia do coronavírus, a sustentabilidade financeira do SUS foi ainda mais prejudicada. Durante o ano de 2020, o gasto para o seu enfrentamento foi baixo, correspondendo a apenas R\$ 39,4 bilhões (valores pagos), sendo 31,5% do total do orçamento do Ministério da Saúde para 2020 ¹⁹. Isto porque, a saúde ficou com menos de 10% das 40 medidas provisórias que disponibilizaram R\$ 673,5 bilhões em créditos extraordinários para o combate à pandemia no conjunto de todas as áreas do governo. Ademais, dos valores alocados para a saúde, R\$ 21,6 bilhões foram destinados exclusivamente para vacina, mas não foram utilizados em 2020 e transferidos como créditos orçamentários reabertos em 2021. Neste sentido, com essa participação do governo federal, os municípios e estados tiveram que ampliar significativamente suas participações no financiamento de suas políticas de saúde e, mesmo assim, notou-se falta de equipamentos e insumos ¹⁹.

A situação de recursos insuficientes para o SUS, em geral, e para a APS, em particular, deve continuar para 2021, segundo o orçamento aprovado apenas em março deste ano. O governo Bolsonaro alocou apenas R\$ 131,2 bilhões em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), sendo R\$ 123,8 bilhões, calculados a partir do piso de 2017 acrescido de 13,51% (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA – acumulado de julho de 2016 a junho de 2020), conforme determina a EC95 e, com um valor de emendas parlamentares de R\$ 16,1 bilhões na dotação inicial e R\$ 15,8 bilhões na dotação atualizada, que já estão incluídos no total de ASPS. Desse valor, R\$ 6,7 bilhões são para emendas parlamentares da APS. Apenas R\$ 1,1 bilhão foi alocado para ações de enfrentamento da COVID-19 ¹⁰. Na realidade, não se levou em conta a intensificação da pandemia com as novas variantes do coronavírus no primeiro semestre de 2021, arrastando a APS à deriva da saga dessa crise sanitária.

O novo modelo de financiamento da APS na prática: operacionalismo e improvisos

Não resta a dúvida de que, após a implantação do novo modelo de financiamento da APS, em 2020, vem se conformando a lógica do “SUS operacional”. Isto significa que são valorizados os atributos da “modernização” e racionalização das atividades estatais do SUS, associados aos interesses do mercado, reforçando uma atenção à saúde voltada aos privilégios e às carências – priorizando a população mais vulnerável – e, por conseguinte destituindo a universalidade do financiamento, de forma a se consoli-

dar uma “organização de saúde”, com práticas de reforço a instrumentos administrativos e gerenciais, distante do SUS que tem o direito à saúde como central e universal.

O Programa Previne Brasil, que inferiu uma mudança profunda no modelo de alocação orçamentária da Política de Atenção Básica do SUS, foi instituído a partir da publicação da *Portaria nº 2.979/2019* do Ministério da Saúde⁸. Não houve prévia discussão sobre essa Portaria no Conselho Nacional de Saúde (CNS), apesar de a mudança impor significativas alterações na Programação Anual de Saúde de 2020 do Ministério da Saúde – situação regulamentada pela *Lei Federal Complementar nº 141/2012*¹⁹. Assim, o desrespeito aos procedimentos democráticos parece estar sintonizado com a característica do neofascismo^{7,21}.

Os repasses se mantiveram mensais, sendo transferidos na modalidade fundo a fundo, passando a se estruturarem em três componentes: (i) Capitação Ponderada; (ii) Pagamento por Desempenho; e (iii) Incentivos para Ações Estratégicas. Para a nossa análise, concentraremos a discussão nos dois primeiros componentes que são novos e correspondem a maior parte dos recursos transferidos.

Por esse novo modelo de financiamento, algumas linhas de transferência federal a estados e municípios do Grupo Atenção Básica sofreram alterações de parâmetros e valores. A mais emblemática delas foi a extinção do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), linha de transferência que destinava de R\$ 23,00 a R\$ 28,00 (inversamente proporcional aos indicadores socioeconômicos municipais) por habitante/ano, em repasses mensais e regulares ao conjunto dos municípios, isto é, para toda a sua população, respeitando o caráter da atenção universal. Tais valores representavam 28% da dotação orçamentária da SAPS. Isto porque o novo componente da Capitação Ponderada passa a substituir os valores repassados pelo PAB Fixo, transferências da Estratégia Saúde da Família – ESF (valor mensal por habilitação das equipes), transferências aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) habilitados e valor mensal por habilitação do Gerentes de Atenção Básica.

A extinção do financiamento diretamente relacionado aos NASF representa uma importante mudança na condução do financiamento, no sentido de não haver mais incentivo à implementação de ações multiprofissionais, típicas do modelo universal e integral do SUS. Mais tarde em 2020, a *Nota Técnica nº 03/2020*²², da SAPS, evidencia que o Ministério da Saúde de fato extinguiu o repasse diretamente relacionado à implantação e ao custeio dos NASF, inclusive prejudicando pleitos de habilitação municipais que aguardavam análise e aprovação.

O componente da Capitação Ponderada reúne o maior volume de recursos dentro da previsão orçamentária da área de atenção básica do Ministério da Saúde, representando aproximadamente 52% da projeção orçamentária para 2020¹. A Capitação Ponderada estrutura-se na lógica do cadastramento da “pessoa/usuário”. Neste, o valor unitário por cadastro válido diferencia-se (dada a característica de ponderação) em duas classificações: caracterização do usuário (critérios demográficos e socioeconômicos) e tipologia municipal. Para tanto, os municípios foram classificados de acordo com o estudo publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²³, denominado *Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil: Uma Primeira Aproximação*, de 2017, em cinco tipologias rural-urbana: Urbano, Intermediário Adjacente, Rural Adjacente, Intermediário Remoto e Rural Remoto. A tipologia municipal citada e o tipo de equipe implantada (equipe de atenção primária – EAP – ou equipe de saúde da família – EqSF) definem o quantitativo máximo de pessoas que o município poderá cadastrar até o limite da população registrada na estimativa IBGE vigente. Ou seja, apesar do modelo de alocação desse componente basear-se no cadastramento das pessoas, os cadastros realizados pelas equipes municipais somente serão contabilizados para efeitos de financiamento se o município possuir quantidade de equipes suficiente (segundo parâmetro) para o volume de cadastrados realizados, algo que dificulta a recepção do recurso. A ampliação do parâmetro de cadastro e, conseqüentemente, a ampliação da margem potencial de financiamento desse componente, depende da ampliação das equipes de saúde e habilitação delas pelo próprio Ministério da Saúde, que, caso não habilite, também não repassa.

Outro aspecto em que fica mais evidente a “operacionalidade” que dificulta o recebimento do recurso refere-se à diferenciação por cadastro. Nesse caso, a existência de critérios de vulnerabilidade socioeconômica (pessoa beneficiada pelo Programa Bolsa Família (PBF); pessoa com Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou pessoa portadora de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos) e perfil demográfico (pessoas cadastradas com idade até cinco anos e com 65 anos ou mais) determina um peso diferenciado de 1,3. Importante destacar que os pesos pautados nas

características socioeconômicas e perfil demográfico não se acumulam. Essa regra determina uma restrição de alcance dos critérios de ponderação, uma vez que é frequente a sobreposição de critérios, por exemplo: pessoas acima de 65 anos frequentemente são portadoras de benefício previdenciário com valores até dois salários mínimos, impedindo, portanto, o recebimento do recurso e, de fato, valorizando os mais pobres (neofocalização).

Já os pesos atrelados à tipologia municipal variam progressivamente de Urbano à Rural Remoto, evoluindo em: 1 para a classificação Urbano (ou seja, não há peso incremental para esta tipologia); 1,45 para a classificação Intermediário Adjacente e Rural Adjacente; e 2 para a classificação Intermediário Remoto e Rural Remoto. Os estados com os maiores centros urbanos concentram sua população em municípios da tipologia Urbano, ou seja, sem acréscimo de peso. No Estado de São Paulo, por exemplo, aproximadamente 54% dos municípios foram classificados na tipologia Urbano, no entanto, a população somada desses municípios representa aproximadamente 94% da população do estado. Isto significa uma perda de recursos para esses municípios, à medida que estão atrelados ao menor peso.

No componente de Capitação Ponderada há a definição de um importante conceito: a Meta Potencial de Cadastro. Este conceito foi utilizado no exercício de 2020 para parametrizar as medidas de transição que seriam publicadas, além de ser utilizado pelas gestões municipais para definir seu ponto de ótimo no financiamento atrelado a este componente. A meta potencial de cadastro é o limite que os municípios podem atingir no cadastramento dos usuários de sua rede de saúde, referindo-se ao valor obtido pela multiplicação da quantidade de EqSF e EAP – constituída somente por médico e enfermeiro – pelo parâmetro de cadastro relacionado a estas (que se diferencia de acordo com tipo de equipe e tipologia municipal), até o limite da população registrada no censo atualizado do IBGE. Cabe destacar que os parâmetros de cadastro relacionados às EqSF e EAP-20 horas e EAP-30 horas são proporcionais, independentemente da tipologia municipal¹⁸. Para se ter uma ideia, o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe oscila, entre os municípios Rural Remoto a Urbano, sendo: para EqSF, entre 2.000 a 4.000 pessoas, respectivamente; para EAP-20 horas, entre 1.000 a 2.000 pessoas; para EAP-30 horas, entre 1.500 a 3.000 pessoas⁸.

Essa proporcionalidade não diferencia a indução de implantação por tipo de equipe. Por exemplo, para municípios urbanos (80% dos municípios do país), a implantação, o credenciamento e a homologação de uma EqSF incrementa a meta potencial de cadastro municipal em 4.000 cadastros, e a implantação, o credenciamento e a homologação de uma EAP-20 horas incrementa a meta potencial de cadastro municipal em 2.000 cadastros. Ou seja, não há mais indução, por parte do Ministério da Saúde, para expansão da cobertura das EqSF, pelo contrário. Isto porque, dada a caracterização do mercado de mão de obra médica, é mais frequente a oferta para contratação de médicos com carga horária semanal inferior às 40 horas semanais exigidas na composição mínima das EqSF. Essa mudança também descaracteriza o modelo principal da APS construído no SUS ao longo de sua existência, com centralidade da ESF, à medida que a vai desestimulando e fortalecendo a implantação das EAPs ligadas aos interesses do mercado, isto é, das corporações médicas de redução da carga horária no setor público.

O valor base *per capita* do componente de Capitação Ponderada foi publicado apenas em 31 de janeiro de 2020, quando o Programa Previnde Brasil já estava em vigência. A publicação ocorreu através da Portaria nº 169/2020 do Ministério da Saúde²⁴, que estabeleceu o valor *per capita* base do Programa em R\$ 50,50. O atraso na publicação da portaria prejudicou também o recebimento da primeira parcela do componente Capitação Ponderada, que ocorreu apenas na primeira quinzena de fevereiro de 2020. Esse atraso, somado à mudança de regime das transferências (o PAB Fixo era transferido dentro do próprio mês de competência até 2019) impactou fortemente o fluxo de caixa dos municípios, uma vez que não houve entradas deste componente (componente de transferências com maior representação percentual dentro das transferências do Grupo de Atenção Básica), no mês de janeiro de 2020.

Outro aspecto importante do Previnde Brasil é a ênfase nas ferramentas gerencialistas, como no caso do “desempenho”, que reforçam a ênfase operacional do sistema. O componente de Pagamento por Desempenho tem como parâmetro os resultados alcançados de uma relação de indicadores (com diferentes pesos) estabelecidos pelo Ministério da Saúde a cada exercício de maneira progressiva, condicionando a ampliação dos indicadores à ampliação orçamentária para o componente. A portaria determina ainda que os resultados obtidos por cada uma das equipes credenciadas nos sistemas do

Ministério da Saúde serão somados em um Indicador Sintético Final (ISF), que deve pautar o volume de recursos a ser transferido por município. Como para o componente da Capitação Ponderada, a apuração dos indicadores desse componente é realizada quadrimestralmente, sendo o pagamento mensal de cada quadrimestre correspondente ao quadrimestre imediatamente anterior. Este componente baseado no desempenho também se alinha à visão do “SUS operacional”, que reforça a utilização prioritária dos instrumentos gerenciais baseados em métricas.

Os indicadores definidos pelo Ministério da Saúde pautam-se em processos e resultados intermediários das equipes, nos resultados em saúde e nos resultados globais da atenção básica. A *Portaria nº 3.222/2019* do Ministério da Saúde²⁵ regulamenta este componente “pagamento por desempenho” e define a relação dos sete indicadores que foram a base de financiamento no exercício de 2020: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Para os exercícios de 2021 e 2022, essa Portaria determina que os indicadores serão definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite durante o próprio exercício de 2020, contemplando um escopo definido de dez ações estratégicas que se relacionam às ações em saúde mental, doenças infectocontagiosas, saúde da criança, saúde bucal, ações multiprofissionais e “*Indicadores Globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional*”. Vejamos que aqui os princípios da “avaliação” são o núcleo duro, muito mais próximos à ideia de uma organização de saúde, na linha de um “SUS operacional”.

Ao se voltar para uma especificidade do componente da Capitação Ponderada, no final do exercício de 2019, publica-se a *Portaria nº 3.263/2019* do Ministério da Saúde²⁶, que contribuiu para esse componente, à medida que se estabeleceu a transferência de um pouco menos de R\$ 9 mil por equipe para todos os municípios do país como incentivo para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários. Os municípios deveriam atingir, até a competência de maio de 2020, o nível de 70% da meta potencial de cadastro, caso contrário, implicaria dedução de 30% do valor do incentivo transferido para cadastramento.

Sob a determinação da Portaria do Ministério da Saúde que criou o PreVine Brasil, o exercício de 2020, sendo o primeiro ano de implementação do Programa, foi caracterizado por uma série de medidas excepcionais, improvisando “etapas de transição” que objetivaram “atenuar” as possíveis perdas orçamentárias e financeiras dos municípios em relação aos recursos recebidos no exercício de 2019.

Ainda assim, essas medidas não foram aplicadas para o conjunto dos municípios da mesma forma. Ficou estabelecida uma metodologia de cálculo para identificar quais municípios teriam prejuízo, manutenção ou ganho com a implementação do Programa em comparação aos recebimentos de 2019. Desta forma, na projeção para 2020, a metodologia de cálculo utilizava os seguintes parâmetros, em cada componente de financiamento, para projetar os possíveis recebimentos do exercício de 2020: (i) Capitação Ponderada, em que se considerou a meta potencial de cadastro – ou seja, a metodologia de cálculo projetava que os municípios atingiriam o melhor valor do componente, como se eles conseguissem cadastrar todas as pessoas de forma equivalente ao somatório dos parâmetros das suas respectivas EqSF e EAP homologadas até o limite da população registrada no censo de 2019 do IBGE; (ii) Pagamento por Desempenho: a metodologia também considerou que os municípios atingiriam o resultado potencial de 100% do alcance dos indicadores por equipe.

Como observado, a metodologia de cálculo pautou-se em uma série de parâmetros para a projeção de 2020, levando o resultado para um suposto superávit em relação aos recebimentos da competência de 2019. Isto porque em todos os componentes (tanto da Capitação Ponderada quanto de Pagamento por Desempenho) foram adotados parâmetros de cálculo muito otimistas ou que não condiziam com o incremento real de valores. Percebe-se o intuito do Ministério da Saúde em assegurar a credibilidade do novo modelo de financiamento junto dos secretários municipais.

Além de todas medidas de transição no Componente de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho, o Ministério da Saúde criou extraordinariamente um “*incentivo per capita de transição*” que consiste em um repasse fixo mensal com base na população do município registrada no censo atualizado do IBGE, calculado com base em R\$ 5,95 por habitante ao ano, dividido em 12 parcelas.

Em fevereiro, em plena movimentação dos municípios na busca pela ampliação dos níveis de cadastro, publica-se a *Portaria nº 99/2020* do Ministério da Saúde ²⁷, que redefiniu o registro das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Desta maneira, os gestores e as equipes precisavam adequar sua base do Sistema do CNES (SCNES) com os novos códigos de equipes criados pela referida portaria. No entanto, o sistema adequou-se ao estabelecido na referida Portaria apenas na atualização de versão de maio de 2020 com prazo para realização das alterações até a competência de agosto de 2020 do SCNES. Verifica-se aqui o excesso de Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, intensificando a burocracia para o objetivo desejado de ampliação do cadastro. Isto reforça a valorização dos mecanismos instrumentais associados à lógica de um “SUS operacional”.

Com os primeiros meses da pandemia do coronavírus (fevereiro a junho), a gestão municipal passa a focar no planejamento e execução das ações de enfrentamento à pandemia, tendo que lidar com um ambiente político conturbado, sem uma condução centralizada do Ministério da Saúde dessas ações. Os recursos extraordinários federais chegam em maior volume apenas a partir de agosto, tardiamente. No entanto, as transferências do Ministério da Saúde foram muito estratificadas por áreas, com processos de habilitação demorados e insuficientes e destinações a prestadores não prioritários – prejudicando a aplicação pelos municípios.

Assim, as dificuldades em torno do processo de validação dos cadastros de usuários realizados, a reorganização das bases locais referente ao registro das equipes nos estabelecimentos de saúde e a demanda avassaladora das ações de enfrentamento à pandemia formaram um contexto que passa a pressionar o Ministério da Saúde. Neste momento, não se contava mais com o Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta e o seu respectivo Secretário de Atenção Primária à Saúde Erno Harzeim – responsável pela criação do novo modelo de financiamento – para improvisar mais medidas de transição consideradas necessárias na linha de fortalecer o “SUS operacional”. Isto porque constatava-se que 80% dos municípios do país, classificados como potenciais ganhadores, atingiram no segundo quadrimestre de 2020 apenas 67,5% do parâmetro de potencial de cadastro. A instabilidade no comando do Ministério da Saúde passou a ser frequente no governo Bolsonaro – troca de dois ministros num curtíssimo período –, em sintonia com o seu desprezo à saúde pública e o negacionismo com a pandemia.

No componente de Capitação Ponderada, a média de transição que estabelecia a transferência pautada na meta potencial de cadastro até a competência financeira de abril de 2020 (primeiro quadrimestre) foi estendida por três vezes. Primeiramente estendeu-se a medida de transição do componente até a competência financeira de julho de 2020 ²⁸. Na sequência, a transferência com base na meta potencial de cadastro foi estendida até a competência financeira de outubro de 2020 ²⁹. E por fim, a medida foi estendida até a competência financeira de dezembro de 2020 ³⁰. Deste modo, durante todas as competências financeiras do exercício, os municípios listados com acréscimos de valores receberam no componente de Capitação Ponderada o *per capita* de transição e os valores de acordo com a sua respectiva meta potencial de cadastro, ou seja, o melhor valor a ser recebido considerando as EqSF e EAP implantadas e homologadas pelo Ministério da Saúde.

Cenários de uma tendência para a alocação de recursos financeiros à atenção primária à saúde

A partir de todas essas medidas, considera-se importante analisar os seus efeitos em termos de perdas e ganhos de recursos dos municípios frente à implantação do novo modelo de financiamento da APS. Para esse exercício, busca-se relacionar os valores do componente de Capitação Ponderada dos municípios de São Paulo e Manaus, comparando 2019 (ano sem o novo modelo) e 2020 (um ano de implantação do novo modelo). A escolha desses municípios tem relação direta com a conjuntura problemática após um ano de pandemia. Manaus foi escolhido em função do desabastecimento crônico da rede que culminou nos episódios da falta de oxigênio na rede hospitalar. São Paulo foi escolhido em função do número elevado de casos acontecidos nas últimas semanas epidemiológicas (janeiro a junho de 2021), demonstrando a pouca operacionalidade da APS em conter esses casos.

Para tanto, apresenta-se a Tabela 1 que permite uma análise mais detalhada, de acordo com três cenários: Cenário 1 – recebimentos efetivos de 2020 com a prorrogação das medidas de transição ini-

Tabela 1

Transferências do componente de Capitação Ponderada recebidas e projetadas para o exercício de 2020 em comparação aos montantes transferidos em 2019 através das linhas de transferência substituídas pelo Programa Previne Brasil. Municípios de São Paulo e Manaus, Brasil.

Municípios	Capitação Ponderada Total/2020 (a)	Per capita de transição Total/2020 (b)	Total geral/2020 (a) + (b)	Total geral/2019 (PAB Fixo + NASF + ESF)	Diferença: total geral 2020 - 2019
Cenário 1 *					
São Paulo	345.969.832	72.899.537	418.869.369	429.415.784	-10.546.415
Manaus	65.087.378	12.987.440	78.074.818	67.800.314	10.274.504
Cenário 2 **					
São Paulo	191.976.952	72.899.537	264.876.489	429.415.784	-164.539.295
Manaus	50.331.732	12.987.440	63.319.172	67.800.314	-4.481.142
Cenário 3 ***					
São Paulo	172.638.032	-	172.638.032	429.415.784	-256.777.752
Manaus	46.709.487	-	46.709.487	67.800.314	-21.090.827

ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleos Ampliados de Saúde da Família; PAB: Piso de Atenção Básica.

Fonte: Capitação Ponderada *Per Capita* de Transição: Fundo Nacional de Saúde, Consulta de Pagamento Consolidado; PAB Fixo 2019: Fundo Nacional de Saúde; NASF e ESF 2019: E-Gestor AB – Relatórios públicos – Financiamento APS – Relatórios até 2019 – Pagamento AB.

Nota: valores em Reais (sem centavos); valores correntes, sendo os de 2019 corrigidos de acordo com a inflação (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA), sendo 4,31%.

* Cenário 1: recebimentos efetivos em 2020 – com a prorrogação das medidas de transição;

** Cenário 2: sem prorrogação das medidas de transição: conformação inicial da proposta de pagamentos para 2020;

*** Cenário 3: sem medidas de transição – simulação dos recebimentos do componente da Capitação Ponderada considerando cadastro válidos para equipes homologadas no terceiro quadrimestre de 2019.

cialmente previstas; Cenário 2 – simulação dos recebimentos do exercício de 2020 sem a prorrogação das medidas de transição, de acordo com a quantidade de cadastros válidos dos respectivos períodos quadrimestrais; Cenário 3 – simulação dos recebimentos do exercício de 2020 se não houvesse a publicação de nenhuma medida de transição (quantidade de cadastros válidos segundo equipes homologadas no terceiro quadrimestre de 2019). Os valores resultantes de cada um dos cenários são comparados aos valores recebidos nas competências financeiras de 2019 nas linhas substituídas pelo componente da Capitação Ponderada segundo o que determinou o Programa Previne Brasil (Tabela 1). A comparação escolheu o enfoque na Capitação Ponderada, pois este é o componente com o maior volume de recursos programados na Lei Orçamentária Anual 2021 do Ministério da Saúde para a atenção primária.

Como se pode observar, a prorrogação das medidas de transição resultou em grande impacto para que o Município de Manaus não tivesse prejuízos financeiros em comparação aos recebimentos de 2019 na linha de transferência que substituiu o PAB Fixo, os recebimentos da ESF, a linha de transferência dos Gerentes de Unidades Básicas de Saúde e as transferências pelos NASF habilitados. Porém, esse não foi o caso de São Paulo que, mesmo assim, teve prejuízos. O Cenário 1, que consolida os recebimentos efetivos de 2020, demonstra que houve prejuízo financeiro em comparação ao exercício de 2019 para São Paulo, de R\$ 10,5 milhões, e apenas um incremento para Manaus de R\$ 10,3 milhões. No entanto, é nítido o impacto do incentivo *per capita* de transição (uma das medidas de transição publicadas para 2020), que para o caso de Manaus foi responsável por cobrir na totalidade o possível prejuízo que haveria em relação aos recebimentos de 2019.

O Cenário 2 projeta os recebimentos para os municípios de São Paulo e Manaus caso não houvesse sido prorrogada a medida de transição do componente de Capitação Ponderada inicialmente publicada. Ressalta-se que, assim como já mencionado, anteriormente, a prorrogação da medida de transição no exercício de 2020 estendeu até a competência financeira de dezembro de 2020 os recebimentos de acordo com a Meta Potencial de Cadastro, que se traduz no ponto de ótimo do recebimento do respectivo componente (ou seja, estima o valor como se os municípios tivessem cadastrado todas as pessoas que poderiam ser cadastradas de acordo com as equipes homologadas). Observa-se que, tal

como os valores apresentados no Cenário 3, caso a medida de transição não houvesse sido prorrogada, São Paulo e Manaus também teriam inferido prejuízo em relação aos valores de 2019, prejuízos de respectivamente 38% e 7%.

Já a análise do Cenário 3 projeta os recebimentos para os municípios de São Paulo e Manaus caso não houvesse sido publicada nenhuma medida de transição do componente de Capitação Ponderada. Ou seja, caso os municípios não contassem no exercício com o incentivo *per capita* de transição e não contassem com recebimentos segundo a Meta Potencial de Cadastro (ponto de ótimo da Capitação Ponderada). Os dados da Tabela 1 demonstram claramente que sem as medidas de transição haveria prejuízo financeiro significativo tanto para São Paulo (R\$ 256,8 milhões) como para Manaus (R\$ 21,1 milhões). Na prática, São Paulo teria um prejuízo de aproximadamente 60%, enquanto Manaus teria um prejuízo de aproximadamente 31% em relação aos recebimentos de 2019.

Cabe destacar que tomar a variação do número de equipes implantadas e homologadas como justificativa que pode ter influenciado o resultado negativo nas projeções de ambos os municípios pode levar a um entendimento equivocado, uma vez que essa variação não depende somente da decisão municipal de ampliar ou diminuir equipes. Como determina o novo modelo de financiamento da APS, a meta potencial de cadastro dos municípios (quantidade máxima de cadastro que um município pode realizar) está diretamente relacionada com a quantidade de equipes (de atenção primária ou de saúde da família) homologadas pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, mesmo que um município solicite o credenciamento da equipe, essa equipe somente passa a ter efeito sobre a ampliação da meta potencial de cadastro se for habilitada pelo Ministério da Saúde. Portanto, a existência de janela para solicitação de credenciamento de novas equipes e o tempo transcorrido para homologação de equipes pode influir negativamente nos resultados, variáveis estas que são da competência do próprio Ministério da Saúde.

No que se refere aos parâmetros de financiamento, tal como ocorreu no exercício de 2020, as portarias são publicadas no final de janeiro de 2021, prejudicando a regularidade de pagamentos do componente de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho dos municípios no primeiro mês do exercício. O conjunto de Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde que definem as transferências do exercício de 2021 são: *no 166*³¹, *no 214*³², *no 238*³³ e *no 247*³⁴.

Especificamente, a *Portaria no 166/2021*³¹ estabelece os parâmetros de transferências do exercício de 2021. A primeira grande mudança é que os municípios não serão mais divididos em dois formatos de recebimento. Desta forma, todos passarão a receber os recursos por componente das seguintes formas: Capitação Ponderada; Pagamento por Desempenho; Incentivos por Ações Estratégicas; Incentivo Financeiro com base em critério populacional, e Incentivo Financeiro de Fator de Correção. Apesar da portaria criar um Fator de Correção que teoricamente cumpriria o objetivo de assegurar que os municípios não teriam prejuízos em comparação ao exercício de 2019, a metodologia de cálculo estabelecida na própria portaria aponta para um possível prejuízo a partir da competência financeira de maio de 2021, com agravamento dessa possibilidade a partir da competência financeira de setembro de 2021, quando serão considerados apenas os efetivos cadastros realizados pelos municípios.

Isto porque, no componente de Capitação Ponderada, a metodologia projeta os valores de 2021 na meta potencial de cadastro e, no componente de Desempenho, se pauta no recebimento atrelado ao atingimento do resultado potencial de 100% do alcance do ISF do município durante todas as competências financeiras do ano. No entanto, como descrito, o recebimento segundo meta potencial se dará apenas no primeiro quadrimestre e o recebimento segundo 100% do alcance dos indicadores se dará até a competência financeira de agosto de 2021. Ou seja, se os municípios não atingirem a meta potencial de cadastro até a competência de abril de 2021 e se não atingirem 100% do alcance do ISF até a competência de agosto de 2021, haverá prejuízo em relação aos recebimentos de 2019 dado que, a partir dessas competências, os municípios não estarão mais cobertos por essas medidas atenuantes.

Cabe destacar ainda que, segundo dados do sistema E-gestor AB, no último quadrimestre de 2020, o conjunto dos municípios do país atingiu apenas 78% da meta potencial de cadastro. Já no que se refere ao resultado médio municipal do ISF no mesmo período, ainda segundo dados do E-gestor AB, considerando as equipes avaliadas nesse quadrimestre, a média está ainda mais distante do parâmetro considerado na metodologia de cálculo publicada pela *Portaria no 166/2021*, sendo de aproximadamente quatro pontos. Sendo assim, e considerando que em março de 2021 o país passou a vivenciar um grave momento da pandemia da COVID-19, com recrudescimento do número de casos e mortes,

e que os problemas vivenciados com os sistemas de informação do Ministério da Saúde ainda não foram plenamente sanados, a possibilidade de prejuízo a partir da competência de maio de 2021 torna-se ainda mais factível.

Por fim, cabe mencionar as alterações mais recentes introduzidas no componente de Capitação Ponderada, por meio da *Portaria nº 2.254/2021* do Ministério da Saúde³⁵. Na prática, não foi alterada a lógica geral desse modelo, uma vez que permanece a sintonia com o “SUS operacional”. Destacamos: a partir da competência de agosto de 2021, o parâmetro de transferência do componente deixa de ser a Meta Potencial de Cadastro (parâmetro vigente desde janeiro de 2020), passando a ser o quantitativo de cadastros válidos de cada município; manutenção da Meta Potencial de Cadastro não limitada pela população registrada nas estimativas do IBGE; instituição de uma *per capita* anual a partir da vigência de 2022 (até a competência de dezembro de 2021 os municípios recebem o incentivo com base em critério populacional); inclusão das Equipes de Consultório de Rua, EqSF Ribeirinhas e EAP Prisional que podem ter seus cadastros computados; contabilização dos cadastros excedentes das EAPs e EqSFs dos municípios com o total da população cadastrada superior ao quantitativo potencial de cadastro e que atingirem nota igual ou superior a sete no ISF; estabelecimento de uma compensação financeira para os municípios que não atingirem o potencial de cadastro, calculada a partir da diferença entre o volume de cadastros efetivos e a meta potencial; ampliação da ponderação da classificação geográfica dos municípios intermediário e rural adjacente de 1,45 para 1,45455; registro da metodologia de comparação entre os valores do Previde Brasil e os valores recebidos pelos municípios de 2019, sendo que a metodologia de cálculo ratifica a utilizada para classificação dos municípios em dois grupos de recebimentos no exercício de 2020, mantendo os parâmetros para a projeção que indicam um resultado de um suposto superávit em relação aos recebimentos da competência de 2019, inclusive desconsiderando a inflação dos períodos.

Ao se considerar a importância das alterações do componente de Capitação Ponderada, dada sua representatividade proporcional no volume de recursos do Programa, em especial o fim do parâmetro de recebimentos pautado na Meta Potencial de Cadastro com recebimentos baseados no volume de cadastros efetivos, amplia-se a possibilidade de perdas financeiras para o conjunto de municípios que ainda não atingiram a meta potencial de cadastros.

Considerações finais

A destruição da universalidade no SUS via APS está seguindo seu curso, conforme os dados apontam. Se o que acontece em Manaus e São Paulo, de fato representam uma tendência, é provável que o processo de desfinanciamento produzido pelo novo modelo de alocação aconteça nos demais centros urbanos de forma desigual, segundo suas realidades específicas.

Esse processo de desfinanciamento burocratizado e dificultoso, que impede a execução orçamentária, inclusive de municípios de grande porte que dispõem de um corpo técnico razoável para gerir esse novo modelo, acena para o fato perverso do “SUS operacional”. Em outras palavras, esse 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 de difícil operacionalização. Assim, a APS vai se desertificando, tornando-se um solo árido de recursos até que se justifique a necessidade de privatizá-la.

Logo, esse perverso mecanismo de intensa burocratização, que rememora o mais tenebroso passado militar, limitando acesso à APS e segmentando sua “clientela”, constrói o terreno propício para a exclusão. Mas não uma exclusão como acontecia à época do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ao qual os beneficiários acessavam e a grande massa não tinha acesso. Trata-se de uma exclusão às avessas, readaptado às novas circunstâncias, nas quais os serviços da APS se restringem aos extremamente pobres e o resto da população à mercê do mercado. O mais tenso de tudo isso é que, nessa contradição, diferentemente da ditadura, há o apoio da classe média, de parcela das massas populares e de alguns gestores municipais do SUS, especialmente da diretoria do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que ainda veem neste tipo de operacionalismo uma saída da crise sanitária. Trata-se de uma saída que não pauta o SUS universal, demonstrando o poder da mobilização neofascista do governo Bolsonaro.

Colaboradores

Á. Mendes, M. A. Melo e L. Carnut participaram igualmente da concepção do artigo, análise e interpretação dos dados, redação do texto e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Áquilas Mendes (0000-0002-5632-4333); Mariana Alves Melo (0000-0003-2187-1203); Leonardo Carnut (0000-0001-6415-6977).

Referências

- Mendes Á, Carnut L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política* 2020; 57:174-210.
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Faria TW. *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.
- De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa *Previne Brasil*: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26 Suppl 2:3781-6.
- Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:1475-82.
- Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2019; 43 (n.sp):137-44.
- Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00178619.
- Mattos MB. *Governo Bolsonaro: neofascismo e autocracia burguesa no Brasil*. São Paulo: Usina Editorial; 2020.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa *Previne Brasil*. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
- Brasil. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). *Diário Oficial da União* 2019; 19 dez.
- Comissão de Orçamento e Financiamento, Conselho Nacional de Saúde. Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (1º Quadrimestre/2021 – Jan-Abril/2021). http://www.susconnecta.org.br/wp-content/uploads/2021/07/RQPC_1_2021_MS_An%C3%A1lise_Cofin_VF_2021_0715_P%C3%93S-COFIN-1.pdf (acessado em 23/Set/2021).
- Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42:224-43.
- Chauí M. A universidade operacional. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior* 1999; 4(3). <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/1063>.
- Behring ER, Souza G. Ultraneoliberalismo e fundo público: análise do orçamento das políticas sociais e do ajuste fiscal em tempos de pandemia. In: Sousa AA, Oliveira ACO, Silva LB, Soares M, organizadores. *Trabalho e os limites do capitalismo: novas facetas do neoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações; 2020. p. 131-50.
- Carnut L, Mendes Á. Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argumentum* 2018; 10:108-21.
- Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global process. *PLoS Med* 2010; 7:e1000089.
- Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISSED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf> (acessado em 02/Set/2019).
- Banco Mundial. Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro. <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-doSUS.pdf> (acessado em 02/Set/2019).
- Mendes Á, Carnut L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Soc* 2020; 22:9-32.
- Comissão de Orçamento e Financiamento, Conselho Nacional de Saúde. *Boletim Cofin* 2020/12/31 (dados até 31/12/2020). http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf (acessado em 23/Set/2021).
- Brasil. Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 16 jan.

21. Carnut L. Neofascismo como objeto de estudo: contribuições e caminhos para elucidar este fenômeno. *Semina* 2020; 41:81-108.
22. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 03/2020. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf> (acessado em 02/Jan/2021).
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
24. Ministério da Saúde. Portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil no exercício de 2020. *Diário Oficial da União* 2020; 31 jan.
25. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 11 dez.
26. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019. Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2019; 12 dez.
27. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União* 2020; 11 fev.
28. Ministério da Saúde. Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979. *Diário Oficial da União* 2020; 16 abr.
29. Ministério da Saúde. Portaria nº 47, de 28 de agosto de 2020. Prorrogou o prazo da etapa de transição da Capitação Ponderada do Programa Previne Brasil (inciso I do Art. 4º), para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e dos municípios. *Diário Oficial da União* 2020; 31 ago.
30. Ministério da Saúde. Portaria nº 59, de 26 de outubro de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979. *Diário Oficial da União* 2020; 27 out.
31. Ministério da Saúde. Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. *Diário Oficial da União* 2021; 29 jan.
32. Ministério da Saúde. Portaria nº 214, de 3 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre os Municípios que farão jus, no primeiro quadrimestre do ano de 2021, ao incentivo financeiro de fator de correção no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. *Diário Oficial da União* 2021; 4 fev.
33. Ministério da Saúde. Portaria nº 238, de 8 de fevereiro de 2021. Estabelece os valores do incentivo financeiro com base em critério populacional referente às 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2021, no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. *Diário Oficial da União* 2021; 11 fev.
34. Ministério da Saúde. Portaria nº 247, de 9 de fevereiro de 2021. Altera a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. *Diário Oficial da União* 2021; 11 fev.
35. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.254, de 3 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2021; 6 set.

Abstract

This is a critical essay on policies for primary healthcare (PHC) adopted by the Jair Bolsonaro government in the Brazilian Unified National Health System (SUS), particularly in the first year of implementation of its new model for allocation of budget funds. The first part addresses the measures and effects of the first year, revealing the on-going process of valorization of an “operational SUS” as opposed to the principle of universality. The second part analyzes some evolving scenarios in the implementation of the new model for “financing” PHC in terms of losses and gains in funding, especially in two state capitals, São Paulo and Manaus, bearing a direct relationship to the problematic situation a year since the novel coronavirus pandemic struck. This exercise aims to relate the values in the Weighted Capitation Component for these municipalities, comparing the year 2019 (without the new model) to 2020 (one year after implementing the new model). The destruction of universality in the SUS via PHC continues in full sway, as the data show. If the situations in Manaus and São Paulo (with financial losses when compared to the funds received in 2019) in fact represent a trend, it is likely that the underfinancing produced by the new PHC allocation model will happen in other Brazilian cities in an unequal and combined pattern according to their realities.

Health Care Rationing; Primary Health Care; Unified Health System; Health Management; COVID-19

Resumen

Se realiza un ensayo crítico a cerca de las políticas adoptadas por el gobierno Jair Bolsonaro en el ámbito de la atención primaria en salud (APS) dentro del Sistema Único de Salud (SUS), particularmente en lo que se refiere al primer año de implantación de su nuevo modelo de asignación de recursos financieros. La primera parte aborda las medidas y los efectos del primer año, evidenciando la continuidad del proceso de valoración de un “SUS operacional”, en detrimento del principio de la universalidad. La segunda parte analiza algunos escenarios de tendencia de la implantación del nuevo modelo de “financiación” de la APS, en términos de pérdidas y ganancias de recursos, especialmente, de dos capitales brasileñas, São Paulo y Manaus, que presentan una relación directa con la coyuntura problemática tras un año de pandemia del coronavirus. Para este ejercicio, se busca relacionar los valores del Componente de Capitación Ponderada de esos municipios, comparando 2019 (año sin el nuevo modelo) y 2020 (un año de implantación del nuevo modelo). La destrucción de la universalidad en el SUS -vía APS- está siguiendo su curso, conforme apuntan los datos. Si lo que sucede en Manaus y São Paulo, con la existencia de pérdidas financieras, representa una tendencia, en comparación con la asignación de recursos de 2019, es probable, de hecho, que el proceso de desfinanciación provocado por el nuevo modelo de asignación se produzca en los demás centros urbanos de forma desigual y combinada, según sus realidades.

Asignación de Recursos para la Atención de Salud; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud; Gestión en Salud; COVID-19

Recebido em 05/Jul/2021

Versão final reapresentada em 26/Set/2021

Aprovado em 22/Out/2021