UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ECONOMIA REGIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

HUSSIANE ARAUJO AMARAL

A FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: análise do novo modelo da Atenção Primária da Saúde, o Programa Previne Brasil

ILHÉUS – BA

2023

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ECONOMIA REGIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

HUSSIANE ARAUJO AMARAL

A FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: análise do novo modelo da Atenção Primária da Saúde, o Programa Previne Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia Regional e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Santa Cruz.

Linha de pesquisa: Estado, Sociedade e Mercado

Orientador (a): Profa. Dra. Lessi Inês Farias Pinheiro

Coorientador (a): Prof. Dr. Marcelo Inácio Ferreira Ferraz

ILHÉUS – BA

2023

A485 Amaral, Hussiane Araujo.
A financeirização da saúde no Brasil: a análise do novo modelo da Atenção Primária da Saúde, o Programa Previne Brasil / Hussiane Araujo Amaral. – Ilhéus, BA: UESC, 2023.
111 f. : il.

Orientadora: Lessi Inês Farias Pinheiro.
Coorientador: Marcelo Inácio Ferreira Ferraz.,
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Santa Cruz. Programa de Pós-Graduação em Economia Regional e Políticas Públicas.
Referências: f. 103-111.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Finanças. 2. Saúde pública. 3. Política de saúde. 4. Capitalismo. 5. Neoliberalismo. I. Título.

CDD 362.10981

HUSSIANE ARAÚJO AMARAL

FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: análise do novo modelo da Atenção Primária da Saúde, o Programa Previne Brasil

Ilhéus-BA. 24 de março de 2023

Profª Dra. Lessí Inês Farias Pinheiro
UESC- Universidade Estadual de Santa Cruz
Orientadora

Prof. Dr. Marcelo Inácio Ferreira Ferraz
UESC- Universidade Estadual de Santa Cruz
Examinador Interno

Profª. Dra. Kaiza Correia da Silva Oliveira
UNIFACS- Universidade Salvador
Examinadora Externa

Prof. Dr. Elson Cedro Mira
UESC- Universidade Estadual de Santa Cruz
Examinador Interno

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à rede de mulheres que me acolhem e me direcionam: minha mainha Madalena, pela fé direcionada nas orações diárias; minha irmã Katiussia, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis; minhas filhas Beatriz e Isadora, pelo amor, incentivo e aconchego. Gratidão por me ajudarem a realizar mais um sonho. Dedico!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pois para Ele, não há nada impossível!

Aos meus pais Alfeu Ferreira do Amaral (in memoriam) e Maria Madalena Araújo Amaral por todos os esforços para que eu tivesse oportunidade de estudar. Obrigada por me ensinarem desde cedo a importância da EDUCAÇÃO e dos estímulos à leitura e estudos.

Aos meus irmãos Andrews Araújo Amaral e Katiussia Araújo Amaral pelo apoio incondicional na vida.

Às minhas filhas Beatriz Amaral Almeida e Isadora Amaral Almeida, pela responsabilidade, zelo e compreensão em cada etapa. Por muitas vezes, invertemos os papeis, e fui a filha.

À toda comunidade escolar da Escola Lígia Fialho, especialmente à gestora Gildeci Nascimento Borges. Trabalhar diariamente e ser mestranda não é algo a se romantizar, mas, há pessoas que acolhem seus sonhos, vibram com suas conquistas e segura sua mão mostrando que há soluções viáveis.

À Profa. Dra. Aline Conceição, sempre com palavras otimistas e incentivos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Economia Regional e Políticas Públicas – PERPP da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, por todo suporte, conduta ética e organização. Destaco as pessoas, Profa. Dra. Mônica Moura Pires e Kátia Bezerra em nome de todos que exercem funções distintas e necessárias em cada função dessa árvore de bons frutos. Muito Obrigada!

À Profa. Dra. Lessi Inês Farias Pinheiro e ao Prof. Dr. Marcelo Inácio Ferreira Ferraz, pelas orientações e atenção dedicada ao longo de todo o percurso do curso e produção desta dissertação. Obrigada por toda compreensão e direcionamentos.

Ao Prof. Dr. Elson Cedro Mira e Profa. Dra. Kaíza Correia da Silva Oliveira, pelo aceite desde à qualificação, contribuições e correções relevantes para o aprimoramento desta pesquisa.

Aos meus colegas do PERPP - turma 2021, agradeço a harmonia e troca de conhecimentos, em especial, aos meus queridos amigos economistas e futuros mestres Fabrício Ferreira Caetano e Yasmim Moreira Farias, pela junção num trio de amizade, respeito e companheirismo.

À todos que acreditaram comigo que seria possível: GRATIDÃO!

[...]

E a vida continua surpreendentemente bela

Mesmo quando nada nos sorri

E a gente ainda insiste em ter alguma confiança

Num futuro que ainda está por vir

Viver é uma paixão de início, meio e fim

[...]

(Lenine)

A FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: análise do novo modelo da Atenção Primária da Saúde, o Programa Previne Brasil

RESUMO

O fenômeno da financeirização está alicerçado na autonomia das finanças em relação a produção e na adoção de políticas liberais, desregulamentadas e privatizadas. Configuração essa, que critica as intervenções estatais e vai assentar o papel do Estado em abordagens que restringe o orçamento público e a agenda política. Sob este prisma, o presente trabalho, baseado em estudos teóricos-empíricos e na vasta literatura que verifica as contradições nas políticas de saúde no Brasil, além de reunir conceitos da financeirização e evidenciar a dominação financeira na saúde e sua expressão na efetivação dos princípios do SUS, analisa os possíveis efeitos do novo modelo de financiamento da Atenção Primária da Saúde (APS), denominado Programa Previne Brasil (PPB). Inicialmente, em revisão bibliográfica, traça o caminho sobre as transformações recentes no direito à saúde no Brasil, a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016. Em seguida, descreve-se o novo modelo de financiamento da APS segundo a Portaria 2979/2019, que institui o PPB. Por fim, inter-relaciona-se financeirização da saúde e as principais alterações propostas na metodologia de cálculo do Programa Previne Brasil e os efeitos na efetivação dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS), entre os anos de 2020 e 2022, recorte temporal da pesquisa. Verificam-se que os cortes de gastos na esfera pública em geral, na saúde, é uma necessidade para a expansão do capital. Com o atendimento a estes objetivos, o trabalho observa efeitos financeiros negativos nas transferências de recursos federais para os entes subnacionais, o que afunila o acesso às ações e serviços de saúde do SUS, além de determinar a condução da política de saúde nos municípios. O PPB evidencia a atuação do Estado junto aos interesses do mercado privado, expressando-se como um modelo da privatização da APS, corroborando com a influência técnico-ideológica do fenômeno da financeirização na saúde.

Palavras-chave: Capitalismo financeiro. Neoliberalismo. Saúde pública. Sistema Único de Saúde (SUS). Financiamento do SUS.

FINANCIALIZATION OF HEALTH IN BRAZIL: analysis of the new modelo f Primary Health Care, the Previne Brasil Program

ABSTRACT

The phenomenon of financialization is based on the autonomy of finance in relation to the production, in the practice of liberal, deregulated and privatized policies. Configuration that criticizes state interventions and will place the role of the State on approaches that restrict the public budget and the political agenda. From this perspective, the present work, based on theoretical-empirical studies and the vast literature that verifies the contradictions in health policies in Brazil, in addition to bringing together concepts of financialization and evidencing financial domination in health and its expression in the implementation of the principles of the SUS, analyzes the possible effects of the new financing model of Primary Health Care (PHC), the Prevent Brazil Program (PPB). Initially, in a literature review, it traces the path on the recent changes in the right to health in Brazil, from Constitutional Amendment No. 95/2016. Next, the new funding model of PHC is described according to Ordinance 2979/2019, which establishes the PPB. Finally, the interrelation is health financeirization and the main changes proposed in the calculation methodology of the Prevent Brazil Program and the effects on the implementation of the principles of the Unified Health System (SUS), between the years 2020 and 2022, a time frame of the research. It is verified that spending cuts in the general public sphere, in health, is a necessity for the expansion of capital. With the fulfillment of these objectives, the work observes negative financial effects on transfers of federal resources to subnational entities, which funnels access to health actions and services of the SUS, in addition to determining the conduct of health policy in the municipalities. The PPB evidences the state's action with the interests of the private market, expressing itself as a model of the privatization of PHC, corroborating the technical-ideological influence of the phenomenon of financialization in health.

Keywords: Financial capitalism. Neoliberalism. Public health. Unifield Health System (SUS). SUS funding.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Marcos cronológicos da APS no Brasil 77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gasto total em saúde, como proporção (%) do PIB, Brasil (2010-2019) 53

Gráfico 2- Comparativo de gastos com saúde (proporção do PIB) em relação da média da OCDE, entre países e setor institucional, em 2019 54

Gráfico 3- Comparação entre saúde privada e pública da ocupação em postos de trabalho, para o período de 2010-2019 55

Gráfico 4 - Composição do financiamento do SUS para a União, Estados e Municípios 96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais instituições mundiais de aparato técnico e financeiro para os Estados – criadas em Bretton Woods 43

Quadro 2- Principais documentos para a construção do aparato legal das políticas públicas para a saúde no Brasil até a Constituição de 1988 (continua) 67

Quadro 3- Principais mecanismos jurídicos e administrativos para o aperfeiçoamento do Sistema único de Saúde –SUS (continua) 73

Quadro 4- Instrumentos legais e informativos que nortearam a implementação do Programa Previne Brasil, até fevereiro de 2020 85

Quadro 5- Indicadores do PPB em relação ao pagamento por desempenho nos quadrimestres de 2022 88

Quadro 6- Metodologia de Cálculo do Programa Previne Brasil 89

Quadro 7- Descrição dos instrumentos legais e informativos que nortearam a implementação do Programa Previne Brasil, até fevereiro de 2020 91

Quadro 8- Instrumentos legais e informativos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), notas técnicas do Programa Previne Brasil, a partir de fevereiro à julho de 2022 94

Quadro 9- Regramento dos Parâmetros do Programa Previne Brasil (PPB) por quadrimestre para o ano de 2022 e primeiro quadrimestre de 2023 (continua) 100

Quadro 10- Composição dos indicadores do Programa Previne Brasil (PPB) em relação aos resultados até o segundo quadrimestre do ano de 2022 102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2022, com peso, meta e parâmetros para o Programa Previne Brasil 97

Tabela 2 - Composição dos indicadores do Programa Previne Brasil (PPB) para transferências de recursos aos municípios por quadrimestre no ano de 2022 99

Tabela 3- Capitação Ponderada: potencial de cadastro por município 103

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agente para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AHA	Atendimento Hospitalar e Ambulatorial
AMA	Assistência Média Ambulatorial
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o pagamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CLT	Consolidação de Leis de Trabalho
CUS	Cobertura Universal de Saúde
EC	Emenda Constitucional
eAP	Equipes de Atenção Primária
eSF	Equipes Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GATT	Acordo Geral de Tarifas e Comércio
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Assistência de Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NGP	Nova Gestão Pública
NOB	Norma de Operação Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PCCN	Programa de Combate às Carências Nutricionais
PE	Prontuário Eletrônico
PI	Programa Informatiza
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria no Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PPB	Programa Previne Brasil
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PSH	Programa Saúde na Hora
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBs	Unidade Básica de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

RESUMO vi

ABSTRACT.....vii

1 INTRODUÇÃO 29

2 FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE: o caso brasileiro 34

2.1 O debate sobre o fenômeno da financeirização 36

2.2 A financeirização no Brasil: origens e características 45

2.3 A financeirização sobre o direito à saúde no Brasil 49

2.4 O cenário do direito à saúde com a Emenda Constitucional nº 95/2016 57

3 A política da saúde no Brasil: trajetória histórica e estruturação 64

3.1 Políticas sociais: os caminhos percorridos no Brasil até a CF/88 65

3.2 Contradições e complexidades na política da saúde brasileira 71

3.3 Atenção básica, ou Atenção primária de Saúde no Sistema Único de Saúde 74

4 O PROGRAMA PREVINE BRASIL: o novo cenário da APS no Brasil 82

4.1 O novo modelo de financiamento da APS: o Programa Previne Brasil 83

4.2 Documentos que normatizam o Programa Previne Brasil para à Atenção Primária da Saúde 90

4.3 As novas alterações do PPB para o ano de 2022 e projeções para 2023 97

CONSIDERAÇÕES FINAIS 105

REFERÊNCIAS 108

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da financeirização como objeto de estudo constitui-se do interesse das ciências sociais e humanas em diversos grupos acadêmicos. Hilferding (1985)[1], nos seus estudos sobre capital financeiro, embora não tenha utilizado o termo, deixou um legado sobre a dinâmica da reprodução do capital financeiro e a complexidade da atual acumulação capitalista. Posteriormente, as discussões receberam contribuições de economistas marxistas e keynesianos, de estudiosos da economia política e de interessados nos impactos financeiros na economia real.

Os diferentes significados atribuídos ao termo refletem a diversidade dos estudos, contudo, há um certo consenso na literatura sobre a compreensão do processo de financeirização estar alicerçado no crescente domínio da autonomia das finanças globais que provocam alterações nas estruturas do sistema econômico[2]. Alterações essas que criticam as intervenções estatais e vai assentar o papel do Estado em abordagens que restringem o orçamento público e a agenda política. Tal configuração demonstra o foco do debate em reduzir a atuação do Estado, classificando suas funções exclusivas numa condição do mercado funcionar livremente.

---

[1] O Capitalismo financeiro de Rudolf Hilferding (1985) analisou a crescente influência da esfera financeira na acumulação capitalista, e, muito embora, Hilferding não tenha utilizado o termo financeirização na sua obra, suas reflexões tornam-se cada vez mais atuais, face à desregulamentação bancária e a hegemonia do capital financeiro frente ao capital produtivo, o avanço das políticas neoliberais e a desconstrução do Estado de Bem Estar Social.

[2] Epstein (2005, p.3) ao tratar sobre o novo estágio de desenvolvimento do capitalismo e do aprofundamento da financeirização nas economias modernas, vai demonstrar as significativas transformações nas estruturas do sistema econômico e na natureza do Estado capitalista, tanto nas economias periféricas dependentes quanto nas economias centrais dominantes.

Há um vasto interesse no campo da análise sobre a financeirização no Brasil e uma literatura crescente sobre as evidências de dominação financeira nas políticas sociais brasileiras: Lavinas *et al* (2017), Ocke-Reis (2018) e Gentil (2017), por exemplo. Os estudos apontam essa relação tanto devido as restrições políticas e econômicas, quanto à execução do gasto social para os três pilares da Seguridade Social, segundo a Constituição Federal: previdência social, saúde e a assistência social, sendo a primeira uma política contributiva e as demais, políticas não contributivas.

A Constituição Federal de 1988 (CF-88) incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo. No que diz respeito à saúde, tais mudanças iniciaram no ano de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei nº 8.080, e pela Lei nº 8.142 que dispõe sobre o financiamento da saúde e participação social. Ao longo da década, o sistema público de saúde, foi criando normatizações administrativas e jurídicas num cenário de redução da participação do Estado, reformas e diminuição da atividade econômica.

Antes, a saúde atendia somente aos indivíduos que estivessem inseridos no mercado de trabalho com contribuição na Previdência Social, o que ocasionava exclusão de uma grande parcela da população e centralização federal ao sistema público de saúde. Com a promulgação da CF-88, a saúde passou a ser um direito do cidadão, um dever do Estado e de acesso universal a todos os cidadãos, cabendo ao Poder Público a garantia do atendimento integral aos serviços de saúde e financiado por diferentes atribuições das três esferas de governo.

Segundo a CF-88, os gastos com saúde deveriam ser descentralizados, tendo os estados e municípios o dever de complementar as transferências federais. Contudo, o financiamento da saúde pública é caracterizada pela tensão permanente entre os princípios da contenção dos gastos e da construção do princípio da universalidade. Como exemplo, tem-se o sub financiamento crônico no caso brasileiro, visto que, o Art. 55 da CF-88 prevê trinta por cento (30%) dos recursos da Seguridade Social destinados à saúde. Entretanto, tal disposição constitucional nunca foi implementada.

O debate sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua implementação é constante e tornou-se complexo na crise capitalista contemporânea. Nos estudos de Ocke-Reis (2018), Bahia (2018) e Rossi et al., 2018 observou-se que o Estado continuou impondo riscos ao princípio da universalidade do SUS ao ofertar incentivos aos investimentos privados na área da saúde. Segundo os autores, ao comparar o crescimento do

Produto Interno Bruto (PIB) com os gastos públicos em saúde, estes foram inferiores aos gastos privados nas últimas três décadas.

O desafio em atingir a universalidade no direito à saúde no Brasil sempre esteve presente no arcabouço das políticas sociais, assim como a problemática do financiamento e a adoção de políticas neoliberais[3] redefinindo o papel das políticas sociais em governos após o período ditatorial. A prevalência de um arcabouço de políticas sociais focalizadas durante os anos 2000 foi acompanhada por inovações no setor privado de saúde, como: a abertura do capital das empresas do setor na bolsa de valores e criação de planos de saúde mais acessíveis para a população.

Assim, aumentou a participação nas despesas com saúde das famílias e instituições sem fins de lucro à serviço das famílias, sendo os serviços de saúde privados (planos de saúde), a principal despesa de saúde das famílias (IBGE, 2019). Nesse contexto, observa-se um caminho de prevalência do setor privado interferindo no cotidiano das pessoas e um movimento de avanço da lucratividade das empresas, sejam elas prestadoras ou intermediadoras de serviços de saúde, por meio de aquisições, fusões e investimentos, abertura de capital, articulação com bancos e fundos de investimentos, o que caracteriza o fenômeno da financeirização.

O governo federal também estimula a demanda por saúde privada conforme se observa no volume de desonerações de tributos concedidas ao setor. O estudo de Ocké-Reis (2018) constata que no período de 2005-2009, houve crescimento real da renúncia fiscal superior a expansão do gasto público em saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2019)[4] evidencia as diferenças no acesso à saúde privada, reforçando também as disparidades regionais[5] no Brasil.

---

[3] Segundo Paulani (2006), o neoliberalismo está diretamente ligado ao atrofiamento do espaço econômico público com a redução do gigantismo para atuação do Estado mínimo; abertura da economia e livre funcionamento do mercado; redução de políticas sociais e inexistência de medidas protetivas aos trabalhadores (foco na terceirização dos postos de trabalho); controle específico da taxa de câmbio, juros e finanças públicas que coloca a política econômica pautada nos princípios neoliberais da eficiência, da rigidez de gastos, da austeridade, sendo o Estado, o administrador das políticas públicas como um negócio.

[4] Segundo a PNS (2019), 28,5% da população residente no Brasil, possuía algum plano de saúde, médico ou odontológico, sendo a região sudeste com maior proporção (37,5%), seguida pelas regiões sul (32,8%) e região centro-oeste (28,9%) mantendo as disparidades regionais identificadas na PNS (2013) entre as regiões norte (14,7%) e Nordeste (16,6%).

[5] As desigualdades regionais brasileiras resultam da contextualização histórica que demarcam a configuração política e econômica do país expressadas na configuração territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) que reproduz tais desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, com diferenciações importantes entre residentes de regiões mais ou menos desenvolvidas economicamente. Esse padrão de distribuição espacial da oferta dos serviços públicos de saúde repercutiu nas desigualdades sociais e geográficas, ocorrendo uma concentração de equipamentos de média e alta complexidade principalmente em capitais, metrópoles ou no caso da atenção básica, equipes vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), concentrarem-se nas regiões mais pobres do país (BAHIA et al.,2018).

A saúde pública brasileira subordinada à austeridade das políticas econômicas, na tendência de reduzir os níveis da Atenção Primária da Saúde (APS), contrapõe à orientação da Organização Mundial da Saúde –OMS, ao afirmar que quanto maior o recurso para a Atenção Primária da Saúde (APS), melhores serão os indicadores socioeconômicos da população. A APS, ordena no SUS os princípios de Universalidade, equidade, integralidade.

O novo modelo de financiamento do custeio da APS, mediante a Portaria nº 2979/2019, instaura o Programa Previne Brasil, aprovado pela Comissão Tripartite (CIT), sem aprovação ou discussão do Conselho Nacional de Saúde – CNS, entrando em vigor em 01 de janeiro de 2020, sem necessidade de adesão dos municípios.

Diante do exposto, pergunta-se: o Programa Previne Brasil evidencia o fenômeno da financeirização da saúde no Brasil causando limites à efetivação dos princípios de universalidade e equidade do SUS?

O presente trabalho visa analisar os avanços, desafios e ameaças do Programa Previne Brasil aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a Atenção Primária da Saúde (APS). Para isso, será necessário investigar as transformações recentes no direito à saúde no Brasil, a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, à luz do fenômeno da financeirização da saúde; descrever o novo modelo da APS, que institui o Programa Previne Brasil, evidenciando as principais alterações propostas na metodologia de cálculo.

O novo modelo de financiamento do custeio da APS, mediante a Portaria nº 2979/2019, instaura o Programa Previne Brasil, aprovado pela Comissão Tripartite (CIT), sem aprovação ou discussão do Conselho Nacional de Saúde – CNS, entrando em vigor em 01 de janeiro de 2020, sem necessidade de adesão dos municípios.

Além de reunir conceitos da financeirização e sua expressão na efetivação dos princípios do SUS, pretende-se apontar lacunas em estudos atuais sobre as políticas públicas de saúde no Brasil para a APS, e, também, disponibilizar um estudo pautado na compreensão do fenômeno da financeirização sobre o direito à saúde, enfatizando as contradições nas políticas de saúde brasileiras e as evidências de dominância financeira.

Justifica-se ainda pelo arcabouço teórico das políticas públicas ao evidenciar o processo de avaliação que será apresentado como um instrumento de análise com informações importantes quanto aos limites e possibilidades do Previne Brasil, permitindo reflexões com vistas a alcançar a qualidade na implementação de políticas públicas e na equidade no acesso aos serviços de saúde. Surge ainda, como uma ferramenta possível para novos estudos sobre a temática discutida abordando o novo molde global da dominação financeira, os efeitos das

políticas neoliberais na saúde brasileira e os indícios de ameaça democrática que o Brasil enfrenta, sugerindo um crescente avanço da financeirização do Estado.

A metodologia utilizada é de natureza quali-quantitativa, tomando-se a hipótese de que os interesses privatistas e mercantis que hegemonizam o governo federal tencionaram para as transformações recentes no direito à saúde no Brasil corroborando com a tese de um aprofundamento da financeirização na saúde, através da nova metodologia de cálculo do Programa Previne Brasil. Destaca-se que os três capítulos desenvolvidos possuem diferentes conteúdos e técnicas de pesquisas, tendo como natureza qualitativa e quantitativa e realizada por meio dos métodos: bibliográfico e documental. Logo, a pesquisa utilizou-se de livros, artigos em periódicos, leis, portarias, decretos e legislações, tendo como a área de estudo, o Brasil.

Além da sistematização inicial, utilizou-se a estratégia de pesquisa documental, através da coleta de documentos oficiais do Banco Mundial (BM) para compreender sobre as propostas de reestruturação do SUS, o processo de construção da APS e as mudanças nas transferências de recursos federais para os entes subnacionais antes da Emenda Constitucional/2016. Utilizou-se ainda dos dados secundários disponibilizados nos sistemas públicos de informação: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOP), Fundo Nacional de Saúde (FNS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), desde o primeiro mês do ano de 2020 até o último quadrimestre de 2022.

Este trabalho apresenta um total de cinco seções, incluindo a introdução e as considerações finais. No capítulo I desenvolve o debate sobre a financeirização, com destaque para a financeirização da saúde, a expansão do capital e a Emenda Constitucional nº 95/2016; no capítulo II apresenta o cenário da política pública da saúde, demonstrando a trajetória da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária no Brasil (APS); O capítulo III, trata de apresentar novo modelo de financiamento e seus efeitos no direito à saúde, o Programa Previne Brasil (PPB), verificando as principais alterações propostas na metodologia de cálculo do PPB e os efeitos na efetivação dos princípios do SUS.

2 FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE: o caso brasileiro

Na contemporaneidade, as economias capitalistas estão alicerçadas na centralização do capital através da valorização financeira sob a forma do capital rentista, em detrimento dos ganhos no setor produtivo. Chesnais (2005) ao mencionar a dinâmica capitalista, constitui a crise como componente capaz de reestruturar o mercado, isso porque, pode possibilitar novas dimensões na queda da taxa de lucro nas economias.

A partir dos anos de 1970, os governos de Margaret Thatcher e Ronald Regan já apresentavam evidências da mundialização do capital por meio das privatizações e desregulamentações. Nesse período, o sistema capitalista enfrentava uma crise crônica de superprodução e, para Chesnais (1998), as medidas implementadas denotavam o surgimento das políticas neoliberais. O autor, aponta um conjunto de mudanças ordenadas que ocasionou a retirada de proteções, e instâncias de regulação e na formação de um espaço mundial integrado e marcado por inovações financeiras e agrupado pelos seus operadores.

Nessa perspectiva, as relações do poder financeiro entre Estado e sociedade nas economias modernas causam impactos na tomada de decisões políticas, isto porque, quando o Estado passa a reduzir orçamento para cumprir suas responsabilidades com a sociedade devido às coordenadas do mercado financeiro na ótica da racionalidade capitalista, ocorre o fenômeno da financeirização do Estado, através das políticas monetária e fiscal.

Harvey (2010), afirma que essa fase do capitalismo se caracteriza por um regime de acumulação sob dominância financeira, visto que, o capital financeiro apresenta essa flexibilidade necessária para aproveitar as oportunidades de acumular, seja no setor produtivo, financeiro, ou no Estado. Segundo ele, essa oportunidade do capital poder se aliar ao Estado, origina uma época de acumulação por espoliação.

Chesnais (2005), vai referenciar a mundialização do capital, como o momento novo que provocou mudanças estruturais nas relações do Estado e capital e capital e trabalho, ocasionando em transformações na sociedade e o processo de internacionalização financeira. Para Lavinas (2017), o Brasil negligenciou esse momento, ao acreditar que a adoção de medidas econômicas com forte intervenção do Estado e implementação de políticas sociais seriam capazes de combater esse novo fenômeno.

As contribuições de Bruno e Caffe (2015) demonstram o caráter precoce na economia brasileira quanto ao processo de financeirização, abordam ainda que esse processo representou um obstáculo para o crescimento econômico brasileiro, além de acirrar a problemática da concentração de renda.

O Brasil, apresenta há muitos anos, os efeitos do desenvolvimento neoliberal[6] no capitalismo contemporâneo em crise, a exemplo do papel regulador que o Estado assume sob o discurso de controlar o orçamento das contas públicas por meio de cortes nos gastos públicos e privatizações de políticas sociais como a saúde. No caso da saúde, Mendes et al. (2018), verificaram o papel do Estado como fundamental incentivador para a ação do setor privado no financiamento e gestão do SUS, conforme discutiremos nesta seção.

Nessa ótica, o Estado brasileiro atua num processo de "desfinanciar" as políticas públicas de saúde adotando medidas cada vez mais alinhadas ao fenômeno da financeirização da vida cotidiana ao focalizar no dinheiro doméstico. As limitações ao direito à saúde universal por meio da austeridade fiscal impõe ao cidadão brasileiro a individualização ao seu direito à saúde com a contratação de serviços privados, a exemplo dos planos de saúde. Logo, as desigualdade sociais e regionais quanto à garantia do bem-estar ficam bem mais explícitas.

Neste capítulo, buscou-se reunir, ainda que de forma não exaustiva, estudos sobre o fenômeno da financeirização, a financeirização da saúde no Brasil com foco na Emenda

---

[6] O discurso neoliberal no Brasil começou a se afirmar e a fincar raízes nas eleições presidenciais de 1989, e, desde a eleição de Collor, a idealização de reduzir o tamanho do Estado, controlar os gastos públicos, abrir a economia, privatizar bens e serviços públicos passaram a ser o desenho do Estado brasileiro, inclusive verificado na forma dos governos de esquerda com política econômica mais ortodoxa e conservadora (pilotando câmbio e juros) buscando induzir a movimentação da economia privada (PAULANI, 2006).

Constitucional nº 95/2016, numa abordagem qualitativa, de natureza aplicada, por meio do procedimento bibliográfico e documental. Utilizou-se dados secundários disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial (BM), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), sítio DATA-SUS, e da Agência Nacional de Saúde (ANS).

2.1 O debate sobre o fenômeno da financeirização

Os estudos de Epstein (2020), Guttmann (2017), Bruno e Caffe (2015) apontam a financeirização como fenômeno com capacidade de construir uma conjuntura de fortalecimento do mercado e de dependência das instituições e sociedade, em relação ao capital financeiro-rentista. Nessa lógica, a financeirização é um fenômeno que atua nas três dimensões: econômica, social e política, representando um perigo à democracia, visto que, as decisões políticas estão à mercê do poder financeiro que limita o espaço político e sofre as consequências da instabilidade dos mercados financeiros.

Cada Estado estabeleceu uma peculiaridade na relação Estado e finanças quanto à circulação do capital em seus territórios aos moldes de uma dominação do capital financeiro num estilo especulativo e predatório, conforme denominou Harvey (2010, p.96), de "forte onda de financialização". O autor indica ainda uma nova onda de "expropriação das terras comuns" por meio de privatizações de bens e utilidades públicas como universidades e a água. O autor sinaliza ainda, uma "espoliação" ao mencionar a regressão na perda de direitos conquistados para a classe de trabalhadores em prol da ortodoxia neoliberal, citando as aposentadorias pagas pelo Estado, a assistência à saúde e bem-estar social (HARVEY, 2010, p. 96).

Nessa perspectiva, Chesnais (2005) e Harvey (2010) tecem considerações sobre as influências neoliberalistas no processo de instauração do poder financeiro, inclusive determinando protagonistas. Para os autores, o neoliberalismo promoveu significativas transformações políticas, econômicas, sociais e fiscais do Estados, por meio redução de gastos em políticas sociais, redução de impostos sobre capital e grandes fortunas, flexibilidade da taxa de câmbio e elevação na taxa de juros. Harvey (2010) nomeou de regime de acumulação flexível, atuação Estatal voltada para a lógica da eficiência de mercado, Chesnais (2005) denominou de novo regime de acumulação financeira sob a dominância do capital.

Para os dois autores, as forças que influenciam e direcionam a atuação do Estado sofreram transformações impulsionando mudanças no novo perfil de intervenção que foram usadas para enfraquecer o poder sindical e as organizações de trabalhadores o que ocasionou em geração de desemprego e flexibilidade nas leis trabalhistas, com revogação de proteções sociais de trabalhadores, além de, mudanças institucionais como privatizações e liberalizações de mercados. Surge um Estado submisso à mundialização financeira, que tende cada vez mais a seguir a influência técnico ideológica de instituições como o Banco Mundial (BM), a Organização Mundial do Comércio (OMC) e do Fundo Monetário Internacional (FMI).

Ainda de acordo com Harvey (2010), sempre existiu fragilidade entre a relação de poder do capital financeiro e o Estado, e, a transição do fordismo-Keynesiano para o regime de acumulação flexível, ocasionou no fortalecimento do poder financeiro o que fragilizou ainda mais o Estado e a função de ser agente regulador na economia em prol dos interesses coletivos e capaz de atrair investimentos do capital estrangeiro.

O paradoxo entre Estado e mercado vai influenciar a implementação de políticas públicas, visto que, as tomadas de decisões estarão na direção dos interesses do poder financeiro e não em resposta aos interesses do bem estar da sociedade, como demonstram os estudos de Epstein (2020). O paradoxo citado, estudado por Dowbor (2018), Araujo (2001), Piketty (2014), já havia sido discutido por Hilferding (1985) ao analisar a dominação financeira na Alemanha. A partir dos anos de 1980, verifica-se um controle do mercado frente à política econômica em nível mundial, generalizando uma crise do Estado, cujos efeitos são exemplificados pelas influências técnico-ideológicas impostas pelo mercado que vem eliminando progressivamente as bases econômicas, sociais e políticas das democracias.

O debate sobre o capital do século XXI, realizado por Picketty (2014), vai evidenciar o perigo das desigualdades sociais em ameaçar a democracia com base na concentração cada vez maior de renda, das transformações sociais promovidas pelo aceleramento da globalização econômica e da implementação instigada de políticas neoliberais. Na visão de Picketty (2014), o novo modelo de dominação financeira manifestado na expansão da liberdade de mercado resulta na desregulamentação política, social e econômica, além de ocasionar a financeirização do espaço público.

Para Guttman (2017), Chesnais (2005), desde os anos 1970, o capitalismo mundial consolida uma nova configuração por meio de acumulação com dominância financeira, conceituada por “financeirização”; sendo que, a expansão deste fenômeno na contemporaneidade, pode promover mudanças de comportamentos e valores na economia, na política e na sociedade como um todo.

Na concepção de Bahia et al. (2022) não há uma conceituação consensual sobre financeirização. Os autores pontuam que a financeirização é um modo de desenvolvimento capitalista num contexto histórico sob a lógica do capital, que:

> [...] não é sinônimo de crise, não é uma anormalidade ou doença do sistema capitalista. Tampouco deve ser interpretada como tendência do capitalismo à estagnação, mas como um aumento da instabilidade que lhe é característica. Trata-se de um modo de produção lógica e historicamente determinado do capitalismo, um sistema de acumulação produtiva, acumulação financeira e acumulação de riqueza fictícia. De modo simplificado, a riqueza fictícia é a capitalização decorrente de uma taxa de juros geral e de um fluxo de rendimentos esperados de um ativo. O cálculo do valor do capital contém expectativas, elementos arbitrários. A forma da riqueza torna-se abstrata, mas não prescinde das mercadorias. (BAHIA et al., 2022, p. 4).

Bruno e Caffe (2017) vão conceituar a financeirização demonstrando o predomínio das alocações financeiras no ambiente macroeconômico, o que desestimula as alocações produtivas. Segundo eles, o fenômeno da financeirização "tem expressões microeconômicas e setoriais particulares, pois altera as práticas da gestão empresarial e mantém a taxa de investimento produtivo aquém do nível necessário à melhora das condições de vida das populações" (BRUNO; CAFFE, 2017, p. 1041).

Nessa ótica, os autores argumentam que a financeirização vai elevar a circulação monetária e financeira e não o setor produtivo como gerador de renda, porque no processo de acumulação de capital ele se expande de tal forma que torna-se maior que a atividade produtiva do acumulador. E, essa valorização da finança em relação à produção vai ocasionar elevação das desigualdades sociais em grandes dimensões prejudiciais à sociedade, limitando ou anulando os efeitos positivos das políticas sociais implementadas pelo Estado.

Dowbor (2018) vai denominar essas transformações produzidas no capital com o crescimento de instituições financeiras e enfraquecimento do setor produtivo de "era do capital improdutivo". Dowbor, (2018 p. 78) afirma que os estados se tornaram reféns das grandes instituições devido ao endividamento público e "[...] tornaram-se incapazes de regular este sistema financeiro em favor dos interesses da sociedade [...]". Para o autor, há uma deformação sistêmica do conjunto, haja visto que, atualmente, o sistema financeiro mais explora famílias e empresas do que presta serviços.

Lavinas *et al*. (2017), vai definir a financeirização como um processo sistêmico do modo de produção com tendências de acumulação e centralização do capital onde os mercados, instituições e elites do setor financeiro vão interferir nas políticas macroeconômicas e nos seus efeitos. Observa-se então, uma relação orgânica entre Estado e capital, demonstrando a não neutralidade no papel do Estado, como versa a ideologia liberal.

A conceituação de Estado na ciência política é imprecisa:

> [...] Estado é uma estrutura política, um poder organizado que permite à classe economicamente dominante tornar-se também politicamente dirigente e assim garantir para si a apropriação do excedente. São seus elementos constitutivos: a) um governo formado por membros da elite política, que tendem a ser recrutados junto à classe dominante; b) uma burocracia ou tecnoburocracia pública, ou seja, um corpo de funcionários hierarquicamente organizados, que se ocupa da administração; c) uma força policial e militar, que se destina não apenas a defender o país contra o inimigo externo, mas também a assegurar a obediência das leis e assim manter a ordem interna. (BRESSER-PREREIRA, 1995, p. 8).

Em síntese, para o autor o Estado é uma porção da sociedade, que exerce sua autoridade sobre toda ela, por representar a estrutura organizacional política que regula os contratos, assegura a propriedade, legisla e tributa sobre a população que assume o caráter de povo ao conquistar o exercício da cidadania e se organiza como sociedade civil. O Estado-nação é composto pelo Estado e pela sociedade civil.

Chesnais (1998) não traçou uma perspectiva própria sobre o papel do Estado, mas, relacionou a questão do Estado mínimo estar presente no discurso neoliberal. O autor pontua sobre o Estado não conseguir limitar a interferência do capital privado e de estar cada vez mais subordinado a garantir a estrutura de sustentação financeira, especificando a crise fiscal, o enfraquecimento das instituições, a perda do poder redistributivo, privatização de setores endividados.

Nesse sentido, o perfil do Estado no capitalismo responde aos propósitos de ordem externa ou de dimensão global. A transformação da sociedade provocou mudanças na motivação humana, e que, segundo Polanyi (2012, p. 71), "o sistema econômico estava submerso em relações sociais gerais" até a época da Revolução Industrial. A organização do trabalho implicou no desenvolvimento do sistema de mercado e transformou toda a estrutura social, ou seja, o sistema econômico passou a ser controlado e regido pelos mercados. A sociedade humana passou a ser motivada pelo lucro e sua subsistência tornou-se secundária ao sistema económico.

Ainda segundo Polanyi (2012), no século XX, principalmente após a 2ª Guerra Mundial, o Estado passou a exercer uma autoridade central, através de um protecionismo social e nacional, realizando a redistribuição de bens e de serviços. Para ele, o Estado a serviço dos efeitos perversos do mercado, mobiliza toda a sociedade à motivação pelo lucro na condição de submissão do mercado, o que vai ocasionar um novo sistema social, numa grande transformação.

Assim, o Estado nesse sistema, funciona como um elemento externo, e, para Bresser-Pereira (1991), não existe sistema capitalista sem a presença da regulamentação e controle estatal com vistas a possibilitar a produção do capital através de instituições, leis, contratos, moeda e de políticas econômicas, sociais e ambientais.

O Estado funciona como aparelho ideológico, coercitivo e regulador da economia a partir de sua intervenção com políticas econômicas de curto e longo prazo (Bresser-Pereira, 2014). A formulação de políticas públicas irá promover mudança social, por meio de projetos, planos, programas, entretanto, necessitam ser acompanhadas e monitoradas. O desenho e a implementação das políticas públicas podem sofrer transformações pelos agentes que tem seus interesses diretamente afetados pelas decisões e ações que compõem a política em questão.

Na literatura, as políticas públicas podem ser compreendidas como instrumentos que a sociedade, através do Estado, utiliza para resolver os problemas coletivos. Nessa ótica, a legitimidade da política pública consisti em combater uma demanda social, isto é, uma situação indesejável que careça de uma ação corretiva (MELLO et al., 2020). "As políticas públicas envolvem, portanto, atividade política" (RUA, 2013, p.2), isso porque, elas se integram em ações do Estado com objetivos públicos por meio dos governos.

"As políticas públicas (*policies*), por sua vez, são *outputs*, resultantes das atividades política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores" (RUA, 2013, p. 1). Mello et al.(2020) ressalta que as políticas públicas revelam a essência ideológica do governo, porque através da implementação de uma política pública o Estado se posiciona[7] sobre as demandas emergentes.

Na definição de política pública, Secchi (2015, p. 2), a política pública:

---

[7] O relatório sobre "as políticas das políticas públicas" organizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento – BIRD (2006) foca no processo pelo qual as políticas públicas são debatidas, aprovadas e implementadas, visto que, em Estados democráticos regidos por presidentes, o ciclo das políticas públicas envolve a participação de diversos atores e uma complexa interação entre os atores, as instituições, as disputas políticas e as relações de forças de poder. As práticas políticas de cada país, a interferência dos padrões peculiares políticos como o clientelismo, populismo ou patrimonialismo desconfiguram os arranjos institucionais formais. A cultura, a história, as crenças e atitudes dos cidadãos e líderes vão influenciar diretamente na qualidade das políticas públicas. E diante do cenário de capitalismo financeiro, da relação do Estado submisso ao mercado, o jogo político estará à mercê dos interesses do capital. Segundo o relatório o processo político e o de formulação de políticas dever ser inseparáveis e a eficácia de uma política pública depende da maneira que a arena de atores formais e informais fará a discussão, aprovação e execução, sendo que a análise política segue o princípio segundo o qual cada política pública carrega sua própria política.

> É um conceito abstrato que se materializa por meio de instrumentos variados [...] tomam forma de programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, coordenação de ações de uma rede de atores, gasto público direto, contratos formais e informais com stakeholders, entre outros (SECCHI, 2015, p. 11).

Nesse sentido pode-se dizer que as políticas públicas funcionam como orientações para resolver um problema público, estão associadas às questões políticas e mediam a relação entre Estado e Sociedade. Assim,

> [...] as políticas públicas constituem-se de um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos (SARAVIA, 2006, p. 29).

Conforme foi visto acima, a política compreende um conjunto de decisões destinados à resolução pacifica dos problemas coletivos por meio da alocação de bens e recursos públicos com vistas a promover uma mudança social. Corroborando com o viés dessa modificação na realidade das pessoas e melhoria do bem estar coletivo, tem-se a definição de políticas públicas:

> [...]a partir da ambição por transformar uma realidade social percebida como inadequada pelo(s) agente(s) que as empreendem. Tratar-se-ia, então, em sua generalidade, de objetivo extremamente ambicioso: a mudança social gerenciada […] (D'ASCENZI; LIMA, 2016-2017, p. 132).

Segundo Lotta (2019), "as políticas públicas são constituídas por diversas camadas decisórias – às vezes hierárquicas, às vezes paralelas" (LOTTA, 2019, p.18), assim, para a transformação da realidade social em políticas públicas, a autora menciona que os problemas coletivos necessitam atingir o equilíbrio entre a eficiência técnica e a viabilidade política.

Essas camadas decisórias, para Rua (2013, p. 5) são constituídas pelos "chamados atores políticos" responsáveis pelas tomadas de decisões no processo das políticas públicas. Lotta (2019); Rua (2013); Saravia (2006), pontuam sobre a diversidade dos atores políticos e os classificam em: atores públicos, exercem funções públicas – os políticos (mandatos eletivos) e burocratas (ocupam cargo com conhecimento especializado); atores privados, destaque aos empresários – "controlam as atividades de produção, parcelas do mercado e a oferta de empregos" (RUA, 2013, p. 5).

> As políticas públicas são influenciadas, a partir da sua incorporação ao elenco de ações setoriais do governo, pelas contingências que afetam a dinâmica estatal e pelas modificações que a teoria sofre como consequência. É por isso que, no começo, estão impregnadas pelas ideias vigentes em matéria de planejamento: fixação de metas quantitativas pelos organismos centrais de planejamento, geralmente dominados por técnicos mais ou menos esclarecidos; subordinação de toda a vida social ao crescimento econômico; determinação do futuro com base em projeções das tendências do passado (SARAVIA, 2006, p. 35).

Assim, as tomadas de decisões sobre a implementação de uma política pública são baseadas em diferentes formas de coordenação de atores. No Brasil, por exemplo, Rua (2013) menciona ainda, a atuação dos trabalhadores, sindicatos, partidos, organizações da sociedade civil, igrejas, agentes internacionais -exemplo do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial, agentes formadores de opinião (mídia).

Retomando Bresser-Pereira (2014), quanto a atuação do Estado ser produto da representação de interesses em conflito e que estes interesses se alteram segundo as transformações do ambiente econômico, a nova estatalidade capitalista segundo Alves (2008, p.52) vai representar os interesses mercadológicos através da presença de "tecnoestruturas mundiais" estabelecendo normatizações e propostas para a atuação do Estado.

Sobre a presença de representações de interesses conflitantes que influenciam na atuação do Estado, Rua (2013) menciona que:

> [...] além disso, é preciso ter em mente que existe um outro tipo de agente no cenário internacional: os chamados atores transnacionalizados, que atuam em escala global, concentrando atomizadamente vastas parcelas de poder, notadamente no mercado financeiro e nas telecomunicações, mas também no mercado de armas e no crime organizado" (RUA, 2013, p.5).

O autor, explicita sobre os critérios de influência de quem tem interesses no jogo na política ao apresentar outra camada decisória. Para Lotta (2019) existe a influência dos fatores relacionados à cultura nacional, crenças e valores sociais, formato do estado e relacionados às ideologias dos indivíduos que atuam nas políticas. Em referência as influências das instituições mundiais, tecnoestruturas globais, dotadas de capacidade de reestruturar a lógica do Estado por meio de suporte técnico e financeiro, o quadro 1, vai apresentar as principais.

Em 1944, o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), atualmente o Banco Mundial, objetivou reconstruir a Europa e o Japão. Em julho deste mesmo ano, nos Estados Unidos, numa Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU), surgiu a ideia de criar um "Fundo", com os 44 governos representados, e, em 1945, O FMI foi criado. Em, 1948, na concepção de criar uma instituição que regulasse o comércio

mundial, surgiu o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT), que se transforma em 1995, na OMC.

Na contemporaneidade, o debate atual de Bretton Woods para se enfrentar a crise é de socorrer essas instituições multilaterais (IPEA, 2022). A criação dessas organizações internacionais foram pautadas nos valores ocidentais e premissas liberais defendidas pelas grandes potências da época, assim, existe uma dificuldade dessas instituições para Lima e Albuquerque (2021, p. 8), em incorporar "a pluralidade de atores, valores e interesses", acentuando assim a crise no próprio multilateralismo dessas instituições.

Quadro 1 - Principais instituições mundiais de aparato técnico e financeiro para os Estados – criadas em Bretton Woods[8]

ANO	**CRIAÇÃO/COMPOSIÇÃO**	**OBJETIVO**
1944	Banco Mundial (BM); Composto por 187 países-membros.	Estimular o crescimento dos países associados incentivando seus desenvolvimentos agrícolas e industriais; erradicar a pobreza extrema no mundo; colaborar financeiramente para o desenvolvimento de programas ambientais, educacionais e sociais; incentivar, através de empréstimos, o desenvolvimento da infraestrutura e geração de energia; oferecer informações técnicas e projetos que visem o desenvolvimento socioeconômico dos países participantes; atuar no intercâmbio de conhecimentos inovadores entre os países-membros.
1945	Fundo Monetário Internacional (FMI); Administrado pelos governos de seus 188 países membros — quase todos os países do mundo.	Estimular a cooperação monetária global, proteger a estabilidade financeira, facilitar o comércio internacional, promover altos níveis de emprego e crescimento econômico sustentável e reduzir a pobreza em todo o mundo.
1995	Organização Mundial do Comércio (OMC); Atualmente, com 162 membros e continua somando adesões.	Negociar a redução ou eliminação de barreiras comerciais, como as tarifas comerciais; gerir a regras de conduta do comércio, como subsídios; administrar os bens e serviços gerados pela atividade comercial, como a propriedade intelectual; acompanhar a revisão das políticas comerciais dos estados-membros; atuar para o desenvolvimento dos estados-membros; aplicar

[8] O acordo de Bretton Woods marcou o desenho do funcionamento do capitalismo pós Depressão de 1929, os 44 países inclusive o Brasil buscavam reconstruir o capitalismo mundial garantindo a estabilidade monetária das nações, sendo que, cada país manteria a taxa de câmbio de sua moeda "congelada" ao dólar, e essa ligada ao valor do ouro (IPEA, 2022). As instituições elencadas no Quadro 1, foram criadas com o objetivo de acompanhar todo esse sistema financeiro e garantir liquidez na economia. Observa-se o destaque para os Estados Unidos, tendo o dólar na supremacia entre as moedas neste período, sendo a moeda referencial em todo o sistema financeiro mundial. Contudo, essa hegemonia do dólar nas reservas mundiais já não é mais a mesma, visto que, o euro, a libra e o franco já operam um grande montante nas operações financeiras mundiais.

		pesquisas comerciais e divulgar os dados como forma de apoio aos países integrantes.

Fonte: Elaboração com base em ROMMINGER (2004); FMI (2022); BRASIL (2022).

O diagnóstico emergencial atual é complexo, visto à crise de legitimidade e das deficiências de funcionamento dessas organizações internacionais visíveis com o reordenamento da produção e reorganização das economias globais, a exemplo da emergência da China e do novo quadro geopolítico. Para Dowbor (2020), novas arquiteturas sociais estão se construindo no capitalismo, e, o grande atual desafio técnico, mas, sobretudo ético e político, é o de governança do sistema. O autor cita a sociedade em rede de Manuel Castells para explicar o processo de governança de forma horizontal reduzindo as decisões verticalizadas e autoritárias nas organizações sociais.

O enfraquecimento das organizações internacionais (crise do multilateralismo) na concepção Dowbor (2020) vai possibilitar o fortalecimento das organizações regionais e do poder local, visto que, para muitas organizações regionais os diagnósticos dessas instituições globais não vão atender às especificidades de cada local. O autor exemplifica ainda a questão de não convergência entre as organizações universais na área financeira e comercial e no caso da China em investir na criação e fortalecimento de instituições próprias para finanças.

Segundo Lima e Albuquerque (2021, p. 59) as instituições mundiais representam "uma segurança coletiva de natureza global" que agregam todas as potências, e, mesmo no ápice da crítica de alguns países, ainda constituem um elo de interesse para legitimar novos compromissos internacionais. Para Lima e Albuquerque (2021, p. 59): "a competição entre as potências fortalece o multilateralismo".

As mudanças aceleradas e profundas no sistema capitalista e que Dowbor (2020, p. 15) vai demonstrar uma transformação social mais ampla e uma mudança sistêmica. Surge uma nova conjuntura social arquitetada pela gestão do conhecimento, demonstrando que evoluímos bastante para esse novo momento, e, "as soluções não estão no passado, apesar do forte eco que apresentaram". Para ele, há um desajuste imenso entre o sistema das finanças e as velhas instituições reguladoras, e "a convergência das crises abre um imenso espaço para ideias novas" (DOWBOR, 2020, p. 17).

Importante destacar sobre os desenhos internacionais de política econômica impostos nas condicionalidades das instituições globais que para gestar as transformações ocorridas na relação Estado, sociedade e mercado, eles adotam mecanismos de plena liberdade aos mercados em momentos de euforia dos mercados, ou plena liberdade aos poderes públicos para defender o patrimônio privado em momentos de crise, ainda que os custos sociais dessas

medidas sejam elevados – reflexão que será tratada neste capítulo, em relação a política da saúde no Brasil.

2.2 A financeirização no Brasil: origens e características

Historicamente, no Brasil, houve alternância entre períodos de grande intervenção estatal e períodos onde o Estado limitava a sua atuação. A Igreja e a sociedade exerciam no Brasil um papel assistencial até 1930, não existia garantia de direitos, e, pequena parcela da população tinham os benefícios dos direitos cívicos e políticos. Ao longo do processo histórico republicano do Brasil, as políticas sociais adotadas estiveram conectadas aos interesses do Estado capitalista e do senso assistencialista sobre justiça social (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

O Brasil, construiu sua trajetória como país não desenvolvido se reposicionando no mundo sob intervenções diretas ou indiretas do Estado. Tais mudanças quanto ao formato do Estado promoveram uma dinâmica quanto às suas produtividades em cada momento, ocasionando novas reformulações da sociedade. Assim, a trajetória dos direitos sociais se configura ao atendimento das classes dominantes que pressionavam o Estado quanto aos interesses econômicos e ideológicos (POCHMANN, 2007).

O período histórico brasileiro denominado de Era Vargas (1930-1945) consolida-se com conquistas significativas no campo dos direitos sociais, a exemplo da legislação trabalhista e sindical, da criação dos Institutos de Aposentadoria, do direito ao voto pelas mulheres, a conquista do salário mínimo. Atenta-se a isso, a Constituição de 1934 que disciplinou os direitos sociais, estabelecendo como objetivo principal da saúde e da assistência pública, a saúde do trabalhador (BULOS, 2005).

A contextualização história brasileira é marcada por experiências políticas e jurídicas de formatos autoritários à democráticos, por alternâncias constitucionais que foram importantes para o processo de elaboração da Constituição de 1988. As observações desse período constituem de um momento muito rico e complexo caracterizado pelo período da ditadura militar, da luta dos movimentos em prol da anistia, das eleições diretas.

As transformações na sociedade brasileira, marcadas pelo início do período da Nova República no ano 1985 (com o fim da ditadura militar), vão promover a implementação de políticas públicas pautadas por legitimidade democrática conforme as premissas do Estado de

bem-estar social, sob o caráter universal fundamentado na Constituição Federal de 1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Para Paulani (2006, p.89) a CF-88 carregou o Estado com um alto grau de responsabilidades aumentando o tamanho dos gastos públicos e a intervenção na economia, o que seria uma questão problema, visto que, a sobrecarga de funções criadas para o Estado, dificultaria com "os ganhos reais em aplicações financeiras" e nas demandas da gestão pública e moeda. Diante disso, observa-se que os governos democráticos desde Collor, adotaram medidas consonantes com o objetivo de inserir o Brasil no mercado financeiro internacional.

Assim, as transformações provocadas pelos governos tinham o intuito de conduzir a economia financeira do país para uma posição de emergente, e, para isso era necessário diminuir o tamanho do Estado, controlar os gastos públicos e abrir a economia (baseadas nas premissas neoliberais), além de efetivar as privatizações de empresas estatais, conduzir reformas na previdência, aprimorar a legislação brasileira para que os credores do Estado tivessem mais segurança nos investimentos (PAULANI, 2006).

A organização da maioria política no Brasil objetivou conter a superinflação brasileira no longo ciclo de 1978-1994, através de todos os seus planos econômicos, até a implantação do Plano Real. A inclusão do Brasil aos condicionantes neoliberais do Consenso de Washington promoveu a internacionalização do parque produtivo nacional, desindustrialização e privatizações de setores públicos (POCHMANN, 2007).

A obra de Williamson (1990), aborda as orientações políticas desejáveis para os países da América Latina discutidas no Consenso de Washington cujo objetivo era a retomada do crescimento e estabilização econômica desses países. O autor pontua sobre os dez instrumentos que os países latinos deveriam adotar: i) disciplina fiscal- encorajava os déficits fiscais; ii) prioridade nos gastos públicos – fazer vistas às áreas de educação, saúde e infraestrutura; iii) reforma tributária – aumentar as receitas; iv) taxa de juros de mercado – deve ser positiva e encorajar a poupança; v) taxa de câmbio de mercado – competitiva para crescimento das exportações e determinada pelas forças de mercado; vi) abertura comercial – liberalização das exportações; vii) investimento estrangeiro direto – condena o nacionalismo aos países latinos; viii) privatizações – criar eficiência na gestão, deixar o orçamento estatal mais leve; ix) desregulamentação – combater o estatismo; x) direitos de propriedade – dar mais segurança aos direitos de propriedade nos países latinos (BRESSER-PEREIRA, 1991).

No que diz respeito ao Brasil em relação aos instrumentos elencados por Williamson (1990), Bruno e Caffe (2017) explanam sobre o processo de reestruturação no Brasil.

> O Estado brasileiro lança-se num processo de reestruturação, que se desdobrou em várias dimensões organizacionais: a) privatizações e desnacionalizações de grandes empresas estatais; b) reconfiguração da forma de inserção internacional; c) reforma monetária com a implementação do Plano Real e medidas de sustentação da acumulação bancária e financeira; d) reformas de ordem política; e) reforma no sistema de seguridade social; f) reforma do sistema tributário; g) reforma administrativa (BRUNO e CAFFE, 2017, p. 1036).

A Reforma do Estado dos anos 1990, demonstra o esforço de reconstrução do Estado brasileiro em superar as duas grandes forças que moldaram a sociedade contemporânea no século XX: a globalização, que representa a dominação capitalista em nível mundial; e a democracia social, que defende a garantia de direitos sociais pelo Estado. A reforma ocorreu de forma burocrática buscando viabilizar a mudança do Estado liberal para um Estado Social com foco em assegurar direitos sociais dos cidadãos, além de promover competitividade no mundo global.

O resultado das orientações do Consenso de Washington com vistas a fortalecer a economia doméstica, dinamizar o mercado financeiro e reduzir o risco de crise nos países, através da abertura externa, submeteu os países ao cenário de maior vulnerabilidade com fugas de capitais voluntários para o exterior. Neste cenário, as reformas estabelecidas no Brasil, conduziram-no ao ciclo de dependência externa, fragilidade financeira e instabilidade macroeconômica permanente. Com a estabilidade monetária alcançada com o Plano Real, o Banco Central passou a partir daí, exercer uma autoridade na economia brasileira (BRUNO e CAFFE, 2017).

Em síntese, Bressser-Pereira (1991), afirma que os cinco primeiros instrumentos tinham o objetivo de promover estabilização econômica por meio de ajuste fiscal com base nos pressupostos das políticas econômicas ortodoxas direcionadas pelas forças de mercado. Já os outros cinco instrumentos demonstravam as intenções ideológicas em combater o protecionismo econômico e o estatismo, práticas bem diferentes das adotadas pelos Estados Unidos. O autor sinaliza ainda, que no Brasil, os instrumentos da taxa de câmbio e do regime de juros não foram adotados com a implantação do Plano Real.

Bresser-Pereira (1997), no texto “A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle”, argumenta sobre elevar a importância de aumentar a governabilidade, a fim de legitimar o governo perante a sociedade, e adequar as instituições políticas para a intermediação dos interesses coletivos. Conforme o autor (1997, p. 51) “o grande desafio da reforma do Estado é ter partidos políticos que correspondam a orientações ideológicas”. Para ele, a reforma do Estado precisa desenvolver o sistema eleitoral com

representatividade, participação social no controle direto, ter oposição forte no campo comum de interesses, contar com um sistema de transparência na gestão pública, com um poder legislativo sem o viés do clientelismo e com um judiciário que também defenda os cidadãos do Estado, além de dispor de uma imprensa livre não tendenciosa à opinião de quem a administra ou a financia (BRESSER-PEREIRA, 1997).

> O Estado contemporâneo deveria ser visto como uma organização, um aparelho, que está sob a influência de três tipos de agentes sociais: 1) a alta tecnoburocracia operando no seu interior; 2) as classes ou elites dirigentes, formada pelos grandes empresários, pelos intelectuais de todos os tipos, e pelos políticos e líderes corporativos; e, finalmente, 3) a sociedade civil como um todo, que engloba os dois primeiros, mas é mais ampla que os mesmos. Em consequência, a ação do Estado não é apenas a expressão da vontade das classes dominantes, nem é o resultado da autonomia da burocracia pública. Em contrapartida, também não é a manifestação de interesses gerais. Ao invés disso, essa ação é o resultado contraditório e sempre em mudança das coalizões de classe que se formam na sociedade civil e da autonomia relativa do Estado garantida por sua burocracia interna. Os burocratas pretenderão sempre ser os depositários da racionalidade administrativa, e, como a classe trabalhadora e a classe capitalista, falarão sempre, por meio dos políticos que os representam, em nome dos interesses gerais da nação, embora muito frequentemente estejam apenas defendendo interesses particulares (BRESSER-PEREIRA, 1995, p.18).

O Estado cresceu expressivamente mas, num processo inverso traduzido em políticas macroeconômicas que atendessem ao mercado com reformas econômicas voltadas às privatizações e liberalização comercial (BRESSER-PEREIRA, 1995). Exemplificando o que o autor constata, Paulani (2006), cita que desde o governo Collor, os governos brasileiros, inclusive os de esquerda, apresentaram um caráter neoliberal na gestão sinalizando os indícios: políticas sociais com caráter compensatório, políticas de transferência de renda como principal base; políticas macroeconômicas ortodoxas; desmonte de direitos trabalhistas em prol dos investimentos; taxa de juros elevada na economia.

O Estado brasileiro procurou atender tanto às exigências do capital, os limites políticos e econômicos, quanto a cumprir o caráter universal das políticas de bem-estar para a população e o processo de inclusão social (POCHMANN, 2007). A reconfiguração do Estado brasileiro provocou significativos efeitos sobre a natureza das políticas sociais, ao adotar condicionalidades e transferências monetárias ao invés de políticas universais, a exemplo do Programa Bolsa Família (LAVINAS et al., 2017).

Observando a trajetória dos governos democráticos brasileiros, as origens e características da financeirização no Brasil, grande parte das medidas institucionais adotadas pelos governos direcionam significativa parcela do orçamento do fundo público em prol da

efetivação da dívida pública. E tais escolhas políticas deram-se por buscar sanar a problemática de alocar recursos efetivos para cumprir os direitos sociais constitucionais.

Para Lavinas et al. (2017), a financeirização brasileira se caracteriza em dois momentos: o primeiro, com início nos anos de 1980, financeirização restrita e elitizada, ganhos inflacionários e elevado endividamento público, como principal eixo da acumulação financeira - Estado como agente promotor do desenvolvimento nacional através da acumulação produtiva e industrial; já o segundo, processo de financeirização em massa, bancarização com incentivos do Estado, acesso a crédito e inúmeros serviços financeiros individuais à população de baixa renda, a partir de 1994.

Sobre a financeirização no Brasil, Lavinas et al. (2017, p.33) sinaliza a,

> [...] existência de uma modalidade de financeirização restrita e elitizada, nessa década. Dada a forte concentração do estoque de riqueza real e financeira, a revalorização rentista patrimonial permaneceu centrada nas classes de mais alta renda e grandes empresas nacionais e estrangeiras. Esse tipo de financeirização tinha como ponto de partida os ganhos inflacionários e o elevado endividamento público, como principal eixo da acumulação financeira. (LAVINAS, *et al* (2017, p.33).

Segundo os autores, o processo de financeirização no Brasil desenvolve-se a partir da obediência ao regime de acumulação financeira quanto às políticas econômicas e fiscais e do cumprimento da agenda da austeridade nas intervenções do Estado e na redução da atuação das políticas públicas, na medida em que atende os interesses do capital em detrimento do custo social.

Estudos recentes como o de Soares Neto (2020) tratam da financeirização de políticas sociais brasileiras com o eixo do endividamento privado, às custas de direitos sociais, sendo que, o

> [...] enraizamento da finança é incentivado pelos reforços que foram e são ofertados pelo Estado, através de dispositivos legais e/ou administrativos, que transformam o poder público em espécie de seguradora do mercado financeiro e de consumo, colateralizando e cooptando as políticas sociais para o atendimento dos interesses mercadológicos (SOARES NETO, 2020, p. 103).

Corroborando com o pensamento de Polanyi (2012), sobre o mercado estar como o princípio central de regulação e as relações sociais enraizadas no sistema econômico. Esse novo momento de financeirização das políticas brasileiras, fez com que milhões de brasileiros, antes excluídos do mercado de consumo doméstico, fossem incorporados por meio de um processo de inclusão financeira e ampliação das bases de acumulação financeira. Política econômica e política social passam a interagir de forma semelhante e integradas com vistas a: "ampliar, a qualquer custo político e institucional, todos os espaços possíveis de

revalorização rentista-financeira. Daí a urgência das reformas neoliberais em curso, a ameaçar a ainda jovem democracia brasileira" (LAVINAS, et al., 2017, p. 34).

2.3 A financeirização sobre o direito à saúde no Brasil

A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil se relacionam com o Estado Neoliberal, ou seja, Estado Provedor versus Estado Regulador. Configuração essa que, SESTELO (2017) discorre sobre o Estado estar à serviço do sistema financeiro e incapacitado de intervir segundo os interesses coletivos. Harvey (2018) menciona a ausência de governança mundial e capacidade pública fragmentada, visto que, os grandes grupos de corporações mantém os governos ditando as suas regras.

Neste contexto de modelo distributivo instaurado com a Constituição Federal de 1988, Ocké-Reis (2018) aponta para o subfinanciamento dos recursos transferidos para a política da saúde no Brasil desde a criação do SUS. O subfinanciamento dos serviços públicos de educação e saúde no Brasil iniciou-se porque, a crise fiscal e a dívida externa proporcionaram ganhos inflacionários e uma expansão financeira e concentração bancária (BAHIA (2018) e LAVINAS et al. (2017).

A literatura defende a premissa de que as evidências de avanço da financeirização da saúde no Brasil se potencializam com a política da austeridade fiscal. Segundo Pereira (2009) e Perim (2014), a abertura ao setor privado na política de saúde se coaduna com o pensamento neoliberal e intensifica a força do setor privado dentro das políticas públicas de saúde no Brasil.

Os estudos de Andreazzi e Bravo (2014, p. 501) sobre a privatização da saúde aborda que as reformas da saúde basearam-se no Relatório do Banco Mundial (1993), ao propor "introdução de um pacote básico de medidas consideradas custo-efetivas, que o Estado deveria bancar por meio de impostos, sem cobrança aos cidadãos". Bahia (2018, p.2) "considera-se que a expansão de empresas privadas assistenciais e de planos privados de saúde alterou a posição do tabuleiro e das peças do jogo político[9]".

---

[9] Sobre toda essa coordenação de arranjos cooperativos para o funcionamento do SUS, a análise de Williamson (1996) sobre formas híbridas permite compreender o conceito de forma híbrida, como a relação entre o mercado puro e a hierarquia com propriedades distintas são estruturas de governança especializadas em lidar com arenas de negociação e pactuação (WILLIAMSON, 1996). O processo de governança na gestão da saúde pública envolve um grande jogo envolvendo relações de competição e conflito dada a complexidade das arenas formais e informais e da participação do Estado e do mercado influenciando toda disputa. A implantação do SUS e toda sua estrutura de financiamento enfrenta esse jogo num cenário de mudanças constantes na legislação tipificada ao sistema público de saúde, nas alterações ao financiamento de programas e/ou no corte de gastos já discutidos neste capítulo. Sobre esse jogo, pontua-se que a participação do setor privado no sistema de saúde brasileira iniciou-se antes mesmo da criação do SUS por meio da aquisição de prestação do serviço médico por empresas

Bahia (2018), ao analisar os trinta anos de implementação do SUS, evidencia que se está:

> [...] diante de uma feroz competição política entre público e privado por recursos materiais e simbólicos, apresentada candidamente como "desoneração do SUS", que atravessa o sistema político. Sem análises apuradas, as disputas tendem a permanecer silenciosas e pouco compreendidas. Mudanças antidemocratizantes na saúde, com características distintas e possivelmente não cumulativas [...] (BAHIA, 2018, p. 12).

A autora verifica a presença expansiva na política da saúde de atividades empresariais voltadas a enaltecer a ideia de dominação financeira e de incapacidade do SUS, o que corrobora com o conceito de financeirização da saúde. O que também é defendido por Ocké-Reis (2018),

> [...] há certo consenso entre os analistas de políticas de saúde de que os maiores desafios (do SUS) são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde. Esse quadro sintetiza a americanização perversa do sistema de saúde brasileiro, de modo que seria oportuno repensar por que razões não foi possível romper as amarras estruturais desta herança histórica, em direção à ampliação do financiamento do SUS e do fortalecimento dos mecanismos regulatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (OCKE-REIS, 2018, p. 2036).

No contexto da financeirização, a literatura aponta o subfinanciamento público da saúde[10] observando a contradição em reduzir os gastos públicos com a saúde e de investimentos fiscais da atividade econômica altamente lucrativa dos planos de saúde. Há um

---

para assistência aos seus trabalhadores. E, com a criação do SUS, continuou essa prática de aquisição de serviços médicos no setor privado para as instituições de saúde de média e alta complexidade, assim como, será detalhado no próximo capítulo a legislação que assegura essa hibridez na saúde pública (BRASIL, 2019). Existe uma dependência do SUS quanto aos serviços ambulatoriais e hospitalares (média complexidade) do setor privado, e, isso representa um dos grandes desafios para a governança das redes de regionalização dos territórios. Para Lima e Albuquerque (2021), dentre os desafios enfrentados para a efetivação da governança elenca-se como primordiais: a necessidade de cooperação entre os três entes federados para acesso universal aos cidadãos, eficiência no financiamento dos recursos e sistemas de regulação voltados ao atendimento das demandas da população e não dos interesses do setor privado.

[10] A universalidade da saúde pública brasileira depende diretamente de um padrão nos recursos do financiamento do SUS, logo, a CF-88 trouxe mudanças quando reduz a dependência do financiamento à receita da previdência que segundo Gentil (2017) ficava à mercê das oscilações econômicas e faturamento mediante folha de pagamentos. Contudo, a Constituição garantia recursos da seguridade social para a saúde, mas, não estabeleceu a participação de cada esfera de governo para o financiamento. Segundo Behring e Boschetti (2006), esse problema do financiamento da seguridade social que incide sobre o acesso universal à saúde na perspectiva das demandas sociais reais vai demonstrar a lógica perversa do redirecionamento do fundo público provocando redução na alocação para políticas públicas de saúde e atuando para recompor a rentabilidade do capital. Para as autoras, o fundo público passou a ser direcionado para políticas que beneficiam o capital como o pagamento da dívida pública, cujos títulos estão na mão do grande capital como bancos e fundos de pensão.

consenso entre os autores que o patrocínio de recursos fiscais à iniciativa privada deveria ser alocado para o SUS buscando ampliar os programas de prevenção e melhorar a qualidade dos serviços especializados.

Cordilha e Lavinas (2018) defendem que a oferta de serviços de saúde tornou-se um ativo financeiro que integra o portfólio das grandes corporações da iniciativa privada e aborda a ascendência da financeirização da saúde no Brasil, isso porque:

> [...] tal progressão se dá de maneira radicalmente distinta, com a medicina privada, já predominante (57% do gasto com saúde é privado), consolidando-se com o aval do Estado, através de incentivos e desonerações em favor das grandes seguradoras e fundos de pensão internacionais que fazem da saúde plataforma de investimento e altos retornos financeiros (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2148).

Justificando o que as autoras afirmam sobre a predominância do gasto privado[11] com saúde no Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2010, divulgou um estudo comparativo de gastos públicos totais em saúde entre países, e, ao relacionar o Brasil com os Estados Unidos, Dinamarca, Canadá e Espanha, os gastos totais com saúde no Brasil corresponderam a um valor bem abaixo dos países analisados. Outro destaque no resultado, é que os gastos privados no Brasil chegaram a valores similares aos Estados Unidos, enquanto Dinamarca, Canadá e Espanha (países de sistemas universais de saúde) os gastos públicos são maiores que os gastos privados no financiamento total da saúde.

No Brasil, a conta satélite da saúde[12] divulga o resultado de pesquisas técnicas do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, para o período de 2010-2019.

> De uma perspectiva macroeconômica, a saúde pode ser analisada (a) pela ótica do consumo (despesa) com bens e serviços de saúde; (b) através da participação das atividades do setor saúde na composição do valor adicionado total da economia (ótica da produção); (c) pela participação do setor de saúde na geração de renda e de empregos no País – ótica da renda (IBGE,2019, p.1).

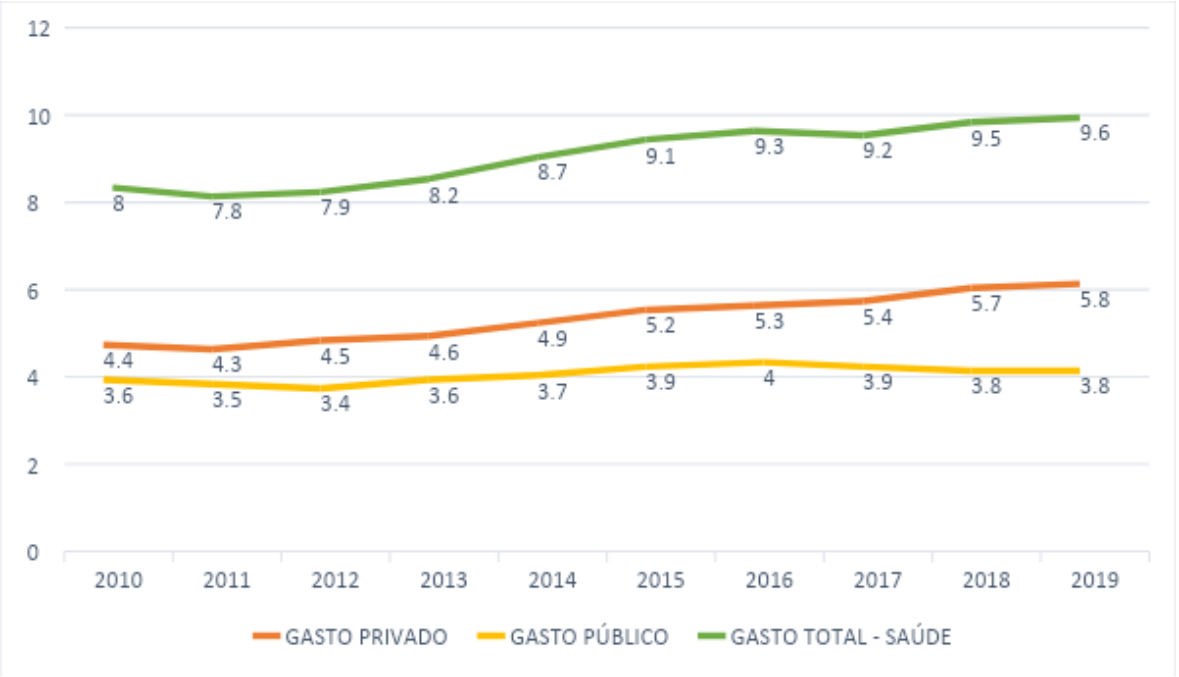
---

[11] Segundo Behring e Boschetti (2006), o fundo público está sendo utilizado para pagamento da dívida pública numa estratégia de servir ao capitalismo contemporâneo financeirizado provocando dupla penalização na renda dos trabalhadores, isso porque, o subfinanciamento do SUS torna-se funcional para o capital portador de juros. Assim, os trabalhadores arcam com maior parte dos recursos públicos, mas, recebem serviços sociais subfinanciados ao mesmo tempo que cooperam com a rentabilidade do capital.

[12] A utilização dos dados da Conta Satélite contribuiu para a análise macroeconômica do setor saúde nesta pesquisa por permitir uma compreensão mais aprofundada quanto aos gastos públicos e privados com o setor de saúde no Brasil, contudo, evidencia-se as limitações desta metodologia de cálculo com a ausência de informações sobre os gastos tributários e isenções fiscais. Além de não evidenciar o desembolso direto das famílias como feito pela metodologia da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF).

Na ótica do consumo com bens e serviços de saúde, o relatório apresentado pelo IBGE mostrou que 9,6% do PIB foram despesas finais de bens e serviços de saúde 2019, sendo que 5,8% foram gastos por famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias - ISFLSF, contra 3,8% do PIB do governo. O gráfico 3, mostra a evolução do gasto total em saúde como percentagem do PIB para o período de 2010-2019, demonstrando que em 2010 o consumo final de bens e serviços de saúde correspondia a 8,0% do PIB, sendo que a participação das famílias e das ISFLSF correspondia a 4,4% enquanto a participação do governo era de 3,6%.

Gráfico 1 - Gasto total em saúde, como proporção (%) do PIB, Brasil (2010-2019)



Fonte: IBGE (2019) – Conta Satélite de saúde 2010-2019.

Observa-se que no financiamento da saúde brasileira, as despesas estão sendo assumidas em caráter desigual pela sociedade e pelo Estado, o que corrobora os estudos empíricos que mostram que historicamente, os gastos privados com saúde são maiores que os gastos públicos. Um outro ponto, entre 2013 e 2016, houve aumento nos gastos do governo, chegando a 4% em 2016, reduzindo a partir de 2017 para 3,9%, em 2018 para 3,8%, permanecendo estável em 2019.

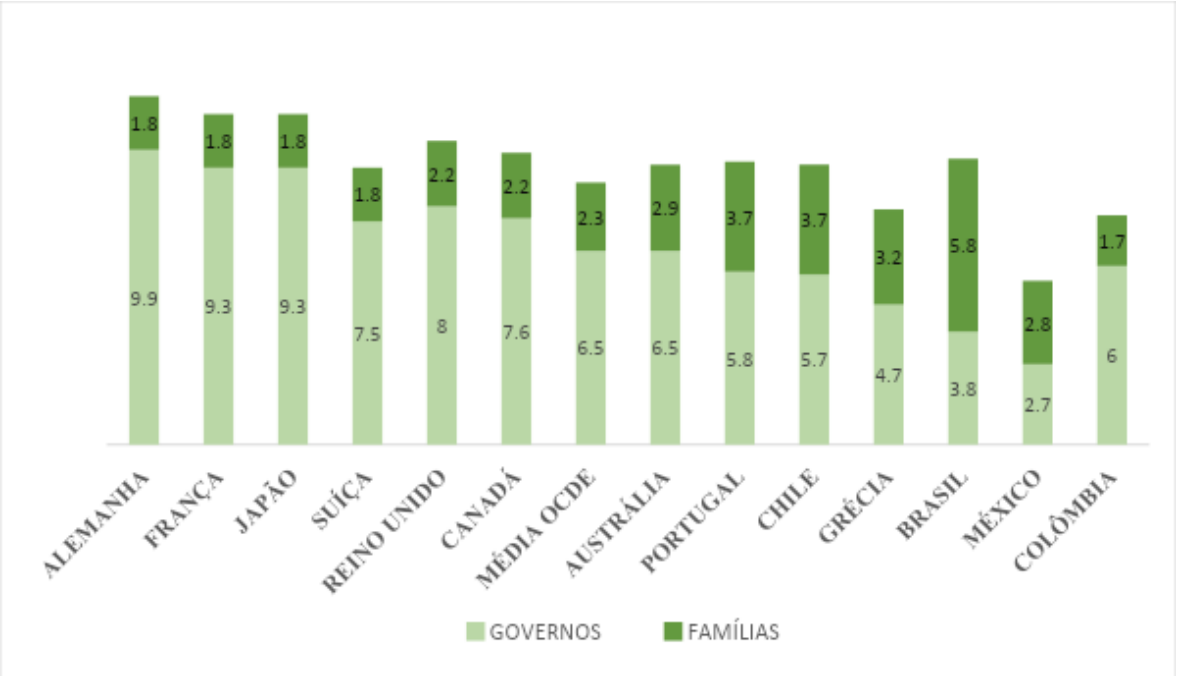
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os três objetivos fundamentais dos sistemas de saúde são: a) melhorar a saúde da população; b) responder às necessidades e

expectativas das pessoas; e c) fornecer proteção financeira em saúde (OMS, 2000). A relação entre os três objetivos é bem forte, isso porque, o nível de despesas com saúde, a estrutura e fontes de financiamento é que vão determinar o modelo de sistema de saúde ofertado à população.

Nessa perspectiva, surge a inconsistência na saúde brasileira a partir de um modelo de assistência de saúde com princípios de integralidade, universalidade e acesso gratuito, o SUS, garantido na Constituição Federal, e que apresenta gastos privados em saúde maiores do que os gastos públicos. Destaca-se também a obrigação das famílias brasileiras com a triplicidade de desembolso com as ações e serviços de saúde por meio de impostos, pagamentos de seguros de saúde, e outros. Segundo Mendes e Marque (2009), a financeirização vai fazendo parte do processo do Estado de valorização do capital financeiro e sendo utilizada como instrumento para redução de gastos públicos na saúde.

Retomando os resultados da conta satélite, quanto ao gasto per capita com saúde, que acompanha o tamanho da população em relação ao indicador de despesas gastas com saúde por habitante em cada país, utiliza-se para a análise, a paridade de poder de compra para comparar a capacidade de consumo de produtos de saúde dos brasileiros relativamente a de outros países. Em 2019, o gasto per capita com o consumo de bens e serviços de saúde de famílias e instituições sem fins de lucro alcançou R$ 2.035, enquanto as despesas de consumo per capita do governo foram de R$ 1.349.

Gráfico 2- Comparativo de gastos com saúde (proporção do PIB) em relação da média da OCDE, entre países e setor institucional, em 2019



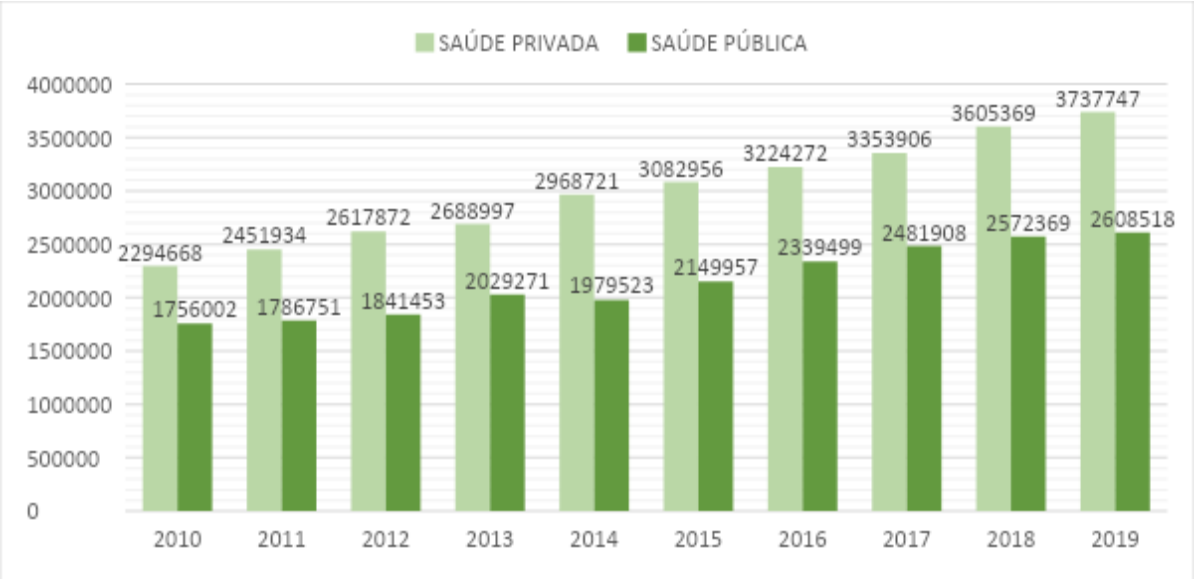
Fonte: Elaboração própria, a partir do IBGE (2019), realizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE

Na comparação com as outras nações, o Brasil ocupa a 9ª colocação de uma lista com 11 países, tendo a 1ª colocação, os Estados Unidos (ver Gráfico 1). Os gastos per capita do Brasil são maiores do que Colômbia e México, mas 2,9 vezes menores do que a média da lista com os outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

> A saúde privada foi a atividade relacionada à saúde que teve o maior crescimento em número de ocupações entre 2010 e 2019: 62,9%. Em seguida, as atividades com maior crescimento no número de ocupações foram Saúde pública (48,5%) e Fabricação de instrumentos e material médico, odontológico e óptico (25,9%) (IBGE, 2019, p. 10).

O gráfico 3, vai demonstrar a evolução do crescimento do número de ocupações em postos de trabalhos entre 2010 e 2019 na saúde privada e saúde pública. Esse crescimento da saúde em número de ocupações, ocasionam maiores rendimentos também para a saúde, num total de 9,8% de remunerações da economia, valor acima da média referente a participação no total de postos de trabalho, sofreu aumento de 5,3% das ocupações, em 2010, para 7,4%, em 2019, tendo a saúde privada rendimento de (3,7 milhões) e a saúde pública (2,6 milhões) (IBGE, 2019).

Gráfico 3- Comparação entre saúde privada e pública da ocupação em postos de trabalho, para o período de 2010-2019



Fonte: Elaborado a partir de IBGE (2019).

Segundo a pesquisa demografia médica no Brasil 2020, 21,5% dos profissionais de saúde exercem suas funções apenas na saúde pública, enquanto 28,3% trabalham apenas na saúde privada, e, em sua maioria, 50,2% dos profissionais de saúde atuam nos dois setores. Com isso, observa-se a constância do processo de precarização do trabalho em saúde, visto que, a pesquisa aponta ainda que 61,6% possuem três ou mais vínculos, chegando até mesmo a seis vínculos (11%) (BAHIA et al., 2016).

O autor elenca a dinâmica do avanço tecnológico como uma das grandes ferramentas de expansão ao acúmulo capitalista em consonância ao desenvolvimento dos meios de produção e aumento da produtividade na saúde o que amplia o discurso de práticas empreendedoras e autogestão, a fim de elevar a mais-valia das empresas financeiras de saúde. Destaca-se que, em 2002, o Conselho Federal de Medicina (CFM) resolve:

> Art. 1º – Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.
>
> Art. 2º – Os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infraestrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer às normas técnicas do CFM pertinentes a guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

E, apesar da regulação da telemedicina ocorrer desde 2002, a resistência de alguns setores em flexibilizar o uso dessa alternativa continuaram a se expressar jurídico politicamente no Brasil. A implementação da telemedicina no Brasil vai acontecer de fato

somente no ano de 2020, devido ao momento de pandemia do novo coronavírus e às medidas de distanciamento, através da lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020:

> Art. 1º Esta Lei autoriza o uso da telemedicina enquanto durar a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2).
>
> Art. 2º Durante a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), fica autorizado, em caráter emergencial, o uso da telemedicina (BRASIL, 2020, p. 1).

A partir da lei nº 13.989/20, o estudo apresentado em Saúde e Debate (2020), aponta o crescimento significativo no Brasil da prática da telemedicina, com a adesão dos tradicionais planos e seguros de saúde obrigados por meio da nota técnica nº 6/2020 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020), e do surgimento de aplicativos de telemedicina, startups. A exemplo de tendência, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDA), composta por uma rede de 4 milhões de indivíduos assistidos, mais de cem operadoras afiliadas, o que corresponde a 11% do total do setor de saúde suplementar – um grande complexo-médico-financeiro, a qual:

> [...] disponibilizou recentemente para as suas associadas uma plataforma de telessaúde, com uma estimativa inicial de atendimento de 70 mil consultas por mês. Segundo a entidade, esta é uma iniciativa inédita no segmento e pode atingir 4,5 milhões de beneficiários. A ferramenta tem o objetivo de evitar um colapso no sistema de saúde diante do cenário da Covid-19, além de proporcionar atendimento seguro, qualificado e ajudar a reduzir o fluxo nos prontos-socorros (SAÚDE DEBATE, 2020, p. 1).

Diante deste cenário paradoxal, onde o Estado não consegue garantir o financiamento adequado do SUS e oferta parcela significativa dos serviços públicos de saúde com o setor privado, ocorre o fortalecimento de se criar estratégias alternativas ao SUS, sob a premissa de que o serviço público não funciona e, que o setor privado funciona com maior eficácia - projeto de contrarreforma, de base neoliberal, que há tempos distorce e fragiliza a esfera pública – exemplificado pelo subfinanciamento dos serviços públicos, e, desoneração de impostos para empresas privadas (OCKÉ-REIS, 2018).

Nessa perspectiva de delegar ao mercado funções do Estado, Lavinas et al. (2017), caracteriza o período atual brasileiro como um “processo de financeirização em massa” apoiado pelo Estado. Para a autora, a ampliação deste fenômeno sob o viés de proporcionar crédito e serviços diversos aos mais vulneráveis consiste, na verdade, em um movimento de abertura ao consumo de milhões de pessoas através do avanço da acumulação financeira, e isso pode ser identificado nas políticas sociais, inclusive no direito à saúde.

No caso brasileiro, Bruno e Caffe (2017), abordam que as desigualdades sociais refletem na baixa representatividade da população, o que aprofunda ainda mais o fenômeno de financeirização das políticas públicas. Contrariando a sua própria atuação como Ministro, Bresser-Pereira[13] (1995), afirma que a sociedade civil controla o Estado, e relaciona democracia ao exercício igualitário dos direitos políticos isso porque, "à medida em que a sociedade se torna democrática, a sociedade civil alarga suas bases e passa a incluir a classe média e, eventualmente, os trabalhadores" (BRESSER-PEREIRA, 1995, p. 19).

2.4 O cenário do direito à saúde com a Emenda Constitucional nº 95/2016

O desafio em atingir a universalidade no direito à saúde no Brasil sempre esteve presente no arcabouço das políticas sociais, assim como a problemática do financiamento e a adoção de políticas neoliberais redefinindo o papel das políticas sociais em governos após o período ditatorial (Mendes e Carnut, 2018). Para os autores, desde a implementação do SUS, há um subfinanciamento estrutural e uma tensão entre o Ministério da Saúde (MS) e os técnicos orçamentários do Governo Federal, isto porque, os 30% dos recursos dispostos no artigo 55 da Constituição Federal de 1988 não são aplicados à saúde.

Assim como a política social não é autônoma, a saúde também está atrelada à política fiscal (OCKÉ-REIS, 2018). Para o autor, no período de 1995-2018, os gastos do Ministério da Saúde (MS) não foram reajustados, mantendo-se em 1,7% do PIB. Entretanto, a intensidade das políticas de austeridade fiscal sobre os recursos federais para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB (2016) para 1% até 2036, por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC/95), numa perspectiva de "desfinanciamento" da saúde (ROSSI et al., 2018).

O termo desfinanciamento da saúde surge com a promulgação da EC/95 num cenário político-histórico de subfinanciamento da saúde por mais de trinta anos, isso porque, a referida emenda representa um instrumento jurídico pautado na lógica do capitalismo

---

[13] Luiz Carlos Bresser-Pereira ex-ministro do governo de FHC nos anos de 1990 foi responsável pela Reforma Gerencial do Estado cujo objetivo era buscar a eficiência dos serviços públicos. Dentre suas realizações, deu origem às Organizações Sociais (OS), no caso do SUS, preconizava uma melhor adequação que hospitais e ambulatórios fossem transformados em OS e administrados pelo setor privado e não atividades exclusivas do Estado. Para ele, os custos seriam menores e a qualidade no atendimento seria maior. Ressalta-se que as propostas de Reformas para o SUS pontuadas por Bresser-Pereira quanto ministro não envolveram a Atenção Primária da Saúde (APS), mas, quanto à questão estrutural dos serviços de saúde, que segundo ele, não afetaria nos interesses fundamentais do cidadão. Quanto a atenção básica da saúde, Bresser-Pereira elogia o modelo aplicado em Cuba e pontua sobre os médicos da família, sem demonstrar interesse nos pequenos postos de saúde, foco desta pesquisa (NEMI e SCHRAIBER, 2019).

financeirizado neoliberal que congela os gastos da União com despesas primárias por vinte anos ocasionando prejuízos anuais aos recursos federais para o SUS (FUNCIA, 2019).

De fato, a EC/95, promulgada no governo de Michel Temer, inicia uma nova fase de constrangimentos ao gasto estatal com saúde, independente da sua oferta hierárquica ou via mercado/hibridez. Estabelece limitar a expansão das despesas públicas (gastos primários) por 20 anos, entretanto, não menciona as despesas financeiras, ao manter o pagamento dos altos juros da dívida por parte do governo brasileiro. No que diz respeito ao financiamento da saúde, Mendes e Carnut (2018), explicitam que:

> [...] essa mudança da regra do piso federal significou congelar o parâmetro de aplicação mínima no valor monetário correspondente a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017, atualizado anualmente tão somente pela variação do IPCA/IBGE, até 2036 (MENDES; CARNUT, 2018, p. 26-27).

Os autores argumentam ainda sobre a deterioração do gasto público com saúde, visto que, já havia um cenário de insuficiência quanto ao subfinanciamento do SUS, e, com a EC/95, inicia-se o processo de desfinanciamento, reduzindo gradativamente os recursos para o SUS. Segundo Ocké-Reis (2018), a Emenda Constitucional 95/2016 ocasiona em um processo de "desfinanciamento" da saúde pública. E por isso, levanta a indagação sobre a formulação de políticas públicas de saúde com vistas a promover os princípios do SUS em um contexto de austeridade fiscal.

A política da austeridade é um dos instrumentos da influência ideológica neoliberal transmitida desde o século passado por meio de documentos e discursos técnicos com o objetivo de promover a redução do tamanho do Estado ocasionando numa maior fragilidade das políticas sociais e em consequências para a sociedade. Dentre as ideias neoliberais transmitidas pode-se organizar os três eixos principais: privatizações, individualismo e liberdade, em detrimento da igualdade (ROSSI et al., 2018).

Sobre a definição do terno austeridade, Rossi et al. (2018, p. 6-7) sinaliza como:

> [...] uma política de ajuste da economia fundada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado em suas funções de indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social. As práticas políticas em nome dessa ideia, que já se mostraram ser seletivas e excludentes, assumiram protagonismo a partir de 2015 como um plano de ajuste de curto prazo da economia brasileira, porém, em 2016, os princípios da austeridade passam a nortear o setor público de forma estrutural com a Emenda Constitucional 95 (EC 95) que impõe uma redução do tamanho relativo do Estado para próximos vinte anos (ROSSI *et al*, 2018, p.6-7).

Para os autores, o Brasil entra no processo de aprofundamento da política da austeridade fiscal atual na vigência da EC/95, chamando de "era da austeridade", e tem

provocado profundas mudanças no escopo das políticas sociais, a exemplo das políticas de saúde. Adotam-se o discurso da austeridade econômica por meio de medidas que limitam a ação do Estado e promovem cada vez mais uma economia para poucos.

O governo federal também estimula a demanda por saúde privada conforme observa-se o volume de desonerações de tributos concedidas ao setor. O estudo de Ocké-Reis e Santos (2011) constata, no período de 2005-2009, um crescimento real da renúncia fiscal superior a expansão do gasto público em saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2019) evidencia as contradições no acesso à saúde privada, reforçando também as disparidades regionais no Brasil (IBGE, 2020). A pesquisa aponta que 28,5% da população possuía planos de saúde em 2019, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram uma dependência bem maior ao consumo da saúde pública em relação às demais.

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) entre 2017-2018, o principal gasto com saúde das famílias foi referente à saúde privada, que correspondeu a 66,8% do total das despesas com saúde (IBGE, 2019). Este fato caracteriza o estreitamento da provisão pública acrescentado aos incentivos do Estado à oferta privada impactam sobre as rendas familiares, isso porque, as famílias tendem a demandar serviços no setor privado que eram garantidos pelo Estado.

Observou-se que o Estado passou a ser representado pelas relações capitalistas de produção, caracterizado como ineficiente para gestão das finanças públicas, mas, capaz de promover acumulação capitalista, visto que, no momento da crise contemporânea ocorrem os retrocessos nas políticas públicas, os ataques aos direitos sociais, sobretudo à saúde (MENDES e CARNUT, 2019).

Quanto à influência ideológica neoliberal, Foucault (2008) faz pontuações sobre neoliberalismo e liberalismo clássico demonstrando a diferença entre os dois temos quanto a natureza do Estado e o modelo das políticas sociais. Segundo o autor, a agenda neoliberal começa a ser implantada na segunda metade da década de 80 com o objetivo de ajustar as economias e intervir nas políticas sociais por meio da política macroeconômica, o que vai denotar a natureza de um Estado intervencionista e regulado pelo mercado – natureza oposta do liberalismo clássico (*laissez-faire*), onde não há papel de intervenção do Estado, o qual respeitava a forma de mercado tomando-o como regulador.

A questão, portanto, não consiste no tamanho do Estado, mas, na tipologia de intervenção estatal em favorecimento do mercado - a exemplo da EC/95 - o custo fiscal assumido pelo Estado para as políticas de saúde ao induzir o desmonte do tripé da seguridade

(saúde, previdência e assistência social) e estimular o sujeito à gestar sua própria proteção social.

Segundo Menezes et al. (2019), a EC/95 surge com o princípio básico de controlar as despesas primárias de saúde, isto é, os gastos com ações e serviços públicos de saúde mesmo com ganhos reais oriundos do crescimento econômico, sem considerar:

> [...] as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas e a própria inflação de saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional (MENEZES et al, 2019, p. 63).

Conforme visto, existe um crescimento real no Brasil de gastos privados das famílias com saúde contra a redução gasto público. E a intervenção do Estado baseia-se por reduzir o financiamento público, entretanto, promove o aumento da parcela privada no gasto com saúde por meio de flexibilização do arcabouço regulatório de planos privados de saúde, proposto pelo MS em 2016 e nomeado de Plano de Saúde Acessível.

Neste cenário, e retomando as instituições globais que exercem influência técnico ideológica, destacam-se os textos do repositório do Banco Mundial entre o período de 1991-1995, direcionados à saúde no Brasil com propostas para o financiamento, gestão organizacional, acesso, oferta e cobertura dos serviços de saúde à população. Em 1991, o documento Brasil: Novo Desafio à Saúde do Adulto, orientava o modelo público-privado na organização do SUS, demonstrando à intencionalidade de classificar o acesso aos serviços de saúde conforme a renda das classes sociais.

O texto disposto pelo BM (1993) intitulado de *Informe sobre el Desarrolo Mundial 1993: Intervir em Salud* trata como prioridade ampliar a saúde coletiva elencando as reformas necessárias como por exemplo: reduzir o desperdício e a ineficiência de programas de saúde pública, assim como, promover sistemas de gestão de saúde que colaborem com o controle e financiamento de serviços essenciais de saúde em maior grau.

No ano de 1995, o documento intitulado “Organização, Prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, tratou de propor mudanças para a ASPS, reformas na gestão do SUS, especificamente no financiamento da saúde e autonomia dos municípios – poder cada vez mais descentralizado. O texto aborda sobre a flexibilidade no contrato de provedores para prestação de serviços clínicos, tendo a esfera federal o papel

financeiro e regulador (BM, 1995). Pontua-se que o documento norteou todo o processo de construção da Norma de Operação Básica (NOB) nos anos 90.

No ano de 2007, o texto "Governança no Sistema Único de Saúde (SUS): melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos" (BM, 2007), trata da proposta de desempenho organizacional do SUS por meio de uma gestão mais formalizada de serviço de saúde com custo e qualidade aceitável monitorados por sistemas de gestão que controle, quantifique e penalize os resultados não satisfatórios. Pontua-se a criação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), instrumento de mensuração técnica que avalia, classifica, recompensa, controla e pune, seguindo a lógica organizacional do setor privado.

No ano de 2013, o documento nomeado de 20 anos de construção do sistema de saúde do Brasil: uma análise do SUS, recomenda a reestruturação do SUS com objetivo de melhorar o desempenho do sistema com proposta de contratar prestação de serviços de Organizações Sociais para garantir a eficiência no atendimento e parcerias com o setor privado para melhorar qualidade nos serviços (BM, 2013).

Em 2018, o BM recomenda no documento Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro a necessidade de racionalizar a prestação de serviços da APS, a exemplo da proposta dos *gatekeepers,* médicos da APS atuando na clínica geral, pacientes cadastrados e com relatórios descritivos; outra recomendação era reorganizar os serviços e finanças do SUS em torno de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) composta por prestadores autônomos. Pontua-se que prestação de serviços de autônomos através de desenvolver mercado de saúde suplementar segue à lógica da financeirização.

Importante destacar que essa influência da agenda neoliberal ao SUS, apesar de intensificar com a EC/95 e com as ações no governo Bolsonaro, ocorrem desde a década de 1990 no governo Collor, através dos documentos citados que assemelham-se pela intencionalidade em reestruturar a prestação de serviços do SUS com reformas no financiamento e expansão do mercado de saúde suplementar (planos e/ou seguros privados).

Logo, o SUS enfrenta desafios desde sua implementação tanto no financiamento efetivo de sua política quanto na influência das orientações do BM sobre os gastos públicos de acordo com os interesses do Estado capitalista. Observa-se ainda, que a APS passa a ser evidenciada com uma proposta focalizada à serviços de cuidado com intencionalidade de acesso as classes mais pobres – a ótica de regular o acesso as ações e serviços de saúde denotando critério de renda, contradiz ao princípio de universalidade do SUS.

Ademais, pode ser percebido nas articulações políticas, com a política econômica de redução nos gastos norteadas pelo BM interferem na efetivação dos princípios do SUS, a

exemplo do modelo de Cobertura Universal de Saúde elaborado pela OMS (2010), embutindo a premissa de que a universalidade do SUS não é possível, caracterizando o direito à saúde como uma política focalizada aos mais pobres, ofertando serviços mínimos de saúde para racionalizar custos (OCKÉ-REIS, 2018).

A prevalência de um arcabouço de políticas sociais focalizadas foi acompanhada por inovações no setor privado de saúde, como: a abertura na bolsa de valores e criação de planos de saúde mais acessíveis para a população. Destaca-se os incentivos do governo federal à saúde privada por meio de linhas de financiamento direcionadas a serviços assistenciais públicos, filantrópicos e privados e industriais de saúde disponibilizados pelo BNDES (BAHIA, 2012).

Neste contexto de políticas neoliberais, as orientações dos últimos relatórios do Banco Mundial (2017), trata de alterações na APS sobretudo na Estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciando o favorecimento à instabilidade institucional desta política da saúde que vinha alcançando bons resultados sanitários nos municípios (MOROSINI et al, 2020).

A legislação de saúde prevê que o modelo de APS é que deve orientar o processo de financiamento, e, este financiamento acaba por induzir o modelo da APS em cada município. Contudo, dois terços (2/3) das despesas do Ministério da Saúde são de transferências para os estados, municípios e Distrito Federal – esta restrição passa a ser sentida também pelos entes subnacionais, o lócus da APS, o que certamente levará a um aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal e especificamente da APS, além de causar impactos sobre o bem-estar imediato da população (BAHIA, 2018).

> A trama de mudanças para a atenção básica, elaborada 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. Amplia-se a reconfiguração do SUS amparado pela lógica da cobertura universal, que reforça a ideia de um sistema de saúde – cada vez menos único – no qual mais agentes podem participar indiferenciadamente, sejam eles públicos ou privados. (MOROSINI *et al*, 2020, p.15).

Melo et al. (2019) demonstram as mudanças instituídas, chamando a atenção para o caminho da redução da autonomia dos gestores nos municípios e para o avanço da mercantilização com ampliação da dependência aos agentes privados. Segundo Morosini et al. (2020), tais mudanças observadas atendem aos objetivos de reestruturar as diretrizes da APS com efeitos diretos sobre o modelo de atenção e do direito à saúde por relativizar o princípio da universalidade, a exemplo das orientações sobre as composição das equipes admitindo a

redução das mesmas, processos de trabalho e práticas da Estratégia da Saúde na Família (ESF) ao propor flexibilidade na carga horária.

É pertinente destacar os elementos mercantis presentes nas reformulações da APS quanto à gestão operacional da saúde, através da racionalização das atividades estatais e valorização da modernização associados aos interesses da lógica capitalista, isto porque, a organização do trabalho na APS vai sendo direcionada as práticas de instrumentos administrativos e gerenciais com base em métricas, debate que será tratado no próximo capítulo.

Harvey (2018), alertou sobre esse processo de atuação do Estado sobre direitos conquistados para a classe trabalhadora, demandando alterações e criando regulações que ampliam os interesses privados e mercantis, corroborando com arcabouço histórico de formação da financeirização. Segundo ele, essa acumulação via espoliação fundamenta-se numa forma econômica, que desde meados do século XX apresenta-se com políticas de desregulamentações, privatizações e liberalizações.

3 A política da saúde no Brasil: trajetória histórica e estruturação

Este capítulo tem como objetivo descrever a política da saúde no Brasil a partir da criação do SUS, e para isso, apresenta a evolução da política social no Brasil demonstrando: (i) o reordenamento político institucional das políticas sociais, a partir da Constituição Federal de 1988, em especial da política da saúde, com base no seu arcabouço legal de saúde e a construção do SUS; (ii) reflexão crítica sobre a construção da intervenção do Estado na área da saúde, considerando o modelo do acesso aos trabalhadores contribuintes da previdência social à universalização para todos os brasileiros.

A análise da provisão pública da APS está alinhada à premissa de que a política social brasileira da saúde é um direito e, portanto, deverá priorizar o processo de promover bem-estar dos cidadãos. Nessa ótica, faz-se necessária o debate sobre as desigualdades sociais e as injustiças oriundas do sistema capitalista e da inter-relação entre Mercado, Estado e Sociedade, sob o contexto da financeirização. Investiga-se as influências técnico-ideológicas de caráter mercantil, através das orientações do BM e da OMS sobre o direito à saúde.

O SUS foi construído sob a fundamentação, que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado" (Art. 196- CF/1988). Tendo os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação da população e organização de rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado, desenvolvidos num período de crise fiscal profunda. Neste cenário de restrição fiscal, de influências políticas, econômicas e sociais, a política brasileira de saúde percorreu um longo caminho histórico de contradições e complexidades até a criação da Portaria nº 2979/2019, que institui o Programa Previne Brasil (PPB).

Com base na literatura a respeito do fenômeno da expansão do capital global e do resgate da história da política da saúde no Brasil, este capítulo metodologicamente de natureza aplicada e abordagem qualitativa tem como meio, a pesquisa bibliográfica principalmente em artigos científicos, livros sobre o tema, e documental por meio de consultas em documentos oficiais sobre a política da saúde, como decretos, portarias do

Ministério da Saúde, relatórios anuais do Conselho Nacional de Saúde, legislações que regulamentam o SUS.

3.1 Políticas sociais: os caminhos percorridos no Brasil até a CF/88

O marco para as primeiras intervenções quanto aos direitos sociais, está interligado ao início do processo industrial e ao sistema capitalista resultantes da Revolução Industrial. O crescimento da população nos centros urbanos, a nova dinâmica da produção em fábricas, as precárias condições de vida e trabalho de uma grande massa de trabalhadores, o desemprego, e, a crescente desigualdade social, passaram a ser sentidas no Brasil. Nesse período, o Estado brasileiro totalmente alheio quanto às questões sociais, baseava suas intervenções em casos de desordem, através de ações de repressão e violência (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

No tocante à atuação do Estado, as autoras sinalizam o reconhecimento dos direitos civis no século XIX, dando prioridade a garantia da propriedade privada.

> Estado liberal tinha características de Estado policial e repressor e sua função primordial era não intervir na liberdade individual, de modo a assegurar que os indivíduos usufruíssem livremente seu direito à propriedade e à liberdade (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 63).

Com isso, foi elaborada uma legislação repressiva aos homens que não estivesse inseridos no mercado de trabalho. As organizações religiosas atendiam os que não apresentavam condições saudáveis para trabalhar ou velhice, ofereciam comida, abrigo, em alguns casos, inseriam de volta ao mercado de trabalho com salários mais baixos[14]. E o Estado apoiava a ações de caridade e solidariedade, sem intervir nas causas que ocasionavam a exclusão de grande parte da sociedade.

Nota-se então, que o Estado brasileiro já atuava num importante papel para o modo de produção capitalista quanto à saúde da população brasileira, visto que, apenas os trabalhadores formais tinham acesso ao atendimento médico pelo Instituto Nacional da Previdência e Seguridade (INPS) e, pode-se verificar que se estendeu assim na sua história até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo as Santa Casa de Misericórdia garantindo o atendimento da população carente.

---

[14] Tais medidas sinalizam a ação das Santas Casas no Brasil datadas com surgimento logo após o descobrimento nas principais cidades litorâneas para atender marinheiros que chegavam aos portos trazendo doenças. Com a chegada da família real no início do século XIX, as ações passaram a ter o objetivo de contribuir com a saúde dos trabalhadores disponíveis buscando dar continuidade nos projetos iniciados no Brasil colônia. Até a metade do século XX não havia um sistema de saúde público com atendimento hospitalar para toda a população brasileira. Desse modo, os médicos particulares atendiam aos que podiam pagar, e, a população pobre e indigentes dependiam da caridade e filantropia das Santa Casas de Misericórdia.

Pereira (2009) ao explanar sobre a insatisfação quanto ao Estado liberal no século XIX e início do século XX, expõe a necessidade da regulação estatal efetiva e ampliada para o atendimento da pobreza e miséria, o que se afasta do pensamento idealista anterior de que a sociedade por si só conseguiria manter a ordem. Tal mudança na compreensão da superação do Estado Liberal para o Estado Social, além do rastro de desigualdade social deixado pela Revolução Industrial, deve-se a crise de 1929, a Primeira e a Segunda Guerra Mundial.

Naquele período, o conflito intercontinental provocou uma revisão das políticas de Estado até então implementadas, principalmente nos Estados Unidos, surgindo assim os preceitos do Estado de Bem Estar Social. Pereira et al. (2012), ressalta que a intervenção do Estado ocorre por meio de medidas que promovam segurança às liberdades coletivas, a exemplo de direitos trabalhistas, direitos sociais como a moradia, serviços de saúde e educação, como também na regulação de mercados e na prestação de serviços públicos.

> O Estado de bem-estar intervém, pois, deliberadamente, nos mercados para garantir um rendimento mínimo, permitir que haja alguma segurança através da cobertura de alguns riscos (doença, invalidez) e fornece um conjunto de bens considerados meritórios (educação básica, cuidados primários de saúde e outros). Deste modo, o Estado é uma instituição necessária para alcançar os objetivos de uma sociedade mais justa (PEREIRA et al., 2012, p. 26).

A ideia de Estado de bem-estar é particular de cada país, mas,

> Vale ressalvar que em todos os casos, na origem desses arranjos, se nota o elemento comum de voluntarismo político, no contexto de uma agenda reformista mobilizada por um evento crucial, seja ele, crise, guerra, construção do Estado nacional ou subdesenvolvimento (KERTENETZKY, 2012, p.14).

Assim, a implantação do Estado de bem-estar dependeu das relações e momento político, econômico e social de cada país de forma mais restrita ou universal, na perspectiva de promover o acesso ao direito social a todos, do nascimento à morte. Os movimentos de trabalhadores, principalmente os europeus, apoiaram a implantação com conotação explícita de que independente da renda do cidadão ou de sua contribuição para a previdência, a garantia do direito à proteção social básica, torna-se direito a todos.

A mudança do papel do Estado brasileiro, segundo Pochmann (2007), ocorreu substancialmente, porque as políticas nacionais em diversas áreas ganharam efetividade e eficácia, superando o antigo Estado mínimo por distintas variações de Estado de bem-estar social em sua tarefa de politização da economia e sociedade.

O sistema de promoção de políticas sociais vigentes expressa o resultado de um longo processo de construção iniciado no Brasil no século XX, representando respostas estatais para

atender as necessidades básicas e serviços que a população demandavam. Segundo Demo (2022, p.14), "a política social pode ser contextualizada, de partida, do ponto de vista do Estado, como proposta planejada de enfrentamento das desigualdades sociais".

A política social, segundo Behring e Boschetti (2006, p.36), é "[...] processo e resultado de relações complexas e contraditórias que estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo". Nesta perspectiva, as políticas sociais representam o cenário de disputa e negociação entre Mercado, Estado e Sociedade, sendo que, o Estado tem o papel de mediar e vai expressar sua opção política nas políticas sociais.

Ademais, a política social vai existir como instrumento compensatório sobre as crises produzidas pelo capitalismo e expressa o domínio político das relações econômicas e o resultado da correlação de forças junto ao Estado. O Estado brasileiro inicia a construção de um arcabouço legal, denotando a proteção social para apenas as pessoas em condições de trabalho, a exemplo da Lei Eloy Chaves (1923) que inaugurou o sistema previdenciário no Brasil, através das Caixas de Aposentadoria e Pensão -CAPs, que em 1930 foi alterada para Instituto de Aposentadoria e Pensão – IAPs (PEREIRA, 2009).

O quadro 2, apresenta os principais documentos para a construção do aparato institucional das políticas públicas para a saúde no Brasil até a Constituição de 1988, e, segundo Bulos (2005), a Constituição de 1934, representou o marco legal brasileiro de ruptura do Estado liberal para Estado Social de Direito, estabelecendo como objetivo principal da saúde e da assistência pública, a saúde do trabalhador. Embora a duração da CF/34 seja de apenas três anos, representa uma inovação no texto constitucional ao referenciar a higiene social e mental, assim como assistência médica aos trabalhadores e gestantes.

Quadro 2- Principais documentos para a construção do aparato legal das políticas públicas para a saúde no Brasil até a Constituição de 1988 (continua)

ANO	**DOCUMENTO / LEI**	**ASSUNTO**
1808	Alvará de 23 de novembro de 1808	Criação da primeira organização de saúde pública no Brasil. Foi criado o cargo de Provedor –Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil.
1824	Constituição Federal	No Título VIII, "Das Disposições Gerais, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros", a primeira referência à saúde no contexto constitucional, vista no art. 179.
1828	Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde	Conferiu às juntas municipais as funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor.

Quadro 2 - Principais documentos para a construção do aparato legal das políticas públicas para a saúde no Brasil até a Constituição de 1988 (continua)

ANO	DOCUMENTO / LEI	ASSUNTO
1891	Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.	No que se refere à saúde, não houve avanços substanciais, uma vez que esteve mais focada na mudança das formas de Estado e governo, na criação da República, o que elencou deveres negativos ao Estado.
1900	Criação do Instituto Soroterápico Federal	Objetivo de criar soros e vacinas contra a peste.
1903	Nomeação de Oswaldo Cruz	Nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública – estruturou a campanha contra a febre amarela
1904	Decreto nº 1.151 de 5 de novembro de 1904	Vacina obrigatória em toda a República.
1920	Decreto nº 3987 de 2 janeiro de 1920	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública
1923	Lei Eloy Chaves	O embrião da previdência Social no Brasil. O trabalhador conquistou direitos como: após contribuição, de aposentadoria por invalidez, tempo de serviços, pensão às famílias em caso de morte do responsável e assistência médica.
1927	Código de Menores	Consolidou a legislação que se referia à criança. Esta legislação dava direitos ao Estado para intervir, na ausência dos pais, nos casos de órfãos e abandonados.
1930	Decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930	Criação do Ministério dos Negócios, da Educação e Saúde Pública.
1934	Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil	Primeira referência constitucional a tratar da legislação do direito à saúde, da assistência médica e sanitária do trabalhador e da gestante.
1937	Constituição dos Estados Unidos do Brasil	No que se refere à proteção da saúde, destaque para a proteção da saúde da criança. Previu, em seu art. 18, que, em caso de deficiência de lei federal, os Estados legislassem sobre assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais.
1937	Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937	Estabelece nova organização ao Ministério da Educação e Saúde.
1941	Decreto Lei nº 3.171 de 2 de abril de 1941	Reorganizou o Departamento Nacional de Saúde – criou a Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar, Instituto Oswaldo Cruz, 7 delegacias de saúde e outras providências...
1943	Decreto-Lei 5.452 de 1º de maio de 1943	Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (referência para proteção dos trabalhadores).
1946	Constituição dos Estados Unidos do Brasil	Alterou à previsão da legislação de garantida à saúde, como exemplo, o fator da competência, exposto no art. 5º.
1948	Criação da Organização Mundial da Saúde (OMS).	Instituição importante na temática saúde na agenda internacional.

1948	Criação do primeiro Conselho de Saúde	Marco inicial da saúde moderna.

Quadro 2 - Principais documentos para a construção do aparato legal das políticas públicas para a saúde no Brasil até a Constituição de 1988 (conclusão)

ANO	DOCUMENTO / LEI	ASSUNTO
1953	Lei nº 1920 de 25 de julho de 1953	Criação do Ministério da Saúde.
1960	Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS nº 3807	Estabeleceu a unificação de todos os IAPs existentes sob o regime da CLT.
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	Fusão de todos os institutos de aposentadorias e pensões.
1967	Constituição Republicana	Dos dispositivos constitucionais referentes à saúde, estes aparecem novamente ligados aos direitos dos trabalhadores conforme art. 158, IX e XV
1969	Emenda Constitucional nº1 de 1969 ou Constituição Federativa do Brasil[15]	No que tange à proteção da saúde, o seu núcleo não foi estruturalmente alterado.
1971	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural)	Determinou o direito às aposentadorias por velhice e invalidez, à pensão, ao auxílio funeral, ao serviço de saúde e ao serviço social para o trabalhador do campo e seus dependentes
1971	Lei Complementar (LC) nº 11, de 25 de maio de 1971	Prestação de serviços de saúde aos beneficiários a depender dos limites orçamentários do Funrural, em regime de gratuidade total ou parcial, segundo a renda familiar do trabalhador ou dependente.
1974	Plano de Pronta Ação (PPA	Estendeu a proteção da assistência médica a qualquer pessoa em situações de urgência e emergência, independentemente da posse de vínculo previdenciário.
1977	Portaria GM/MS nº 85 de 04 de abril de 1977	Aprovação do Modelo de Caderneta de Vacinação.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Recomendava estatização do setor de saúde e rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelos provedores privados contratados. Estabelecia que as atribuições das três esferas de governo deveriam estar fundamentadas.
1988	Constituição Federal de 1988	A proteção social é orientada pela concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais, concebendo a saúde, a assistência social e a previdência como questões públicas e de responsabilidade do Estado, refletidas em seus artigos.

Fonte: Elaboração com base em BULOS (2005); SILVA (1997); BRASIL (1934;1960;1988).

A partir da observação do quadro 2 e com base no exposto por Behring e Boschetti (2006), as políticas de proteção social são resultantes da produção e reprodução do próprio

[15] Silva (1997, p.88), dispõe que "[...] teórica e tecnicamente, não se tratou de emenda, mas de nova constituição, [...] uma vez que verdadeiramente se promulgou texto integralmente reformulado, a começar pela denominação que se lhe deu: Constituição Federativa do Brasil, enquanto a de 1967 se chamava apenas constituição do Brasil".

sistema capitalista. Nesta ótica, as autoras reafirmam a natureza contraditória das políticas sociais, visto que, à medida que constrói um aparato legal e instituições que corroboram com o acesso à direitos, direcionam para a lógica do capital.

A intervenção estatal no Brasil na área da saúde, ocorreu tardiamente, na década de 1930, formulada em caráter nacional e dividida em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária, o que fica explícito no quadro 2. Nesta época, o Brasil passou pela Reforma Carlos Chagas, que buscava uma expansão do atendimento à saúde, o que possibilitou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps), através da Lei Elói Chaves. Já na década de 60, período de ditadura militar brasileira, ocorreu uma intensa repressão de direitos e, os problemas estruturais já existentes tornaram-se maiores e mais complexos.

Neste período ditatorial, foi implantado na área da saúde, o modelo de privilegiar o setor privado "liderado pela Federação Brasileira de Hospitais e integrado por lideranças de empresas de medicina de grupo de cooperativas médicas autofinanciadas" (BAHIA, 2018, p. 12), que passaram a compor de alguma maneira a política de saúde no Brasil, junto com os grandes monopólios de medicamentos e tecnologias. A prática médica estava condicionada aos problemas de saúde individuais e não na saúde coletiva da população, o que privilegiava as classes sociais com maior renda, por poder adquirir tratamentos especializados com médicos particulares, em detrimento de grande parte da população que contava com ações de instituições de caridade e filantropia.

Para Bahia (2018), a atuação concreta do Estado ocorreu sob o caráter do atual regime político, e, tal argumento nos direciona a compreender que a natureza do regime político não é o Estado, mas, sua maneira de existir e coexistir intervindo na sociedade. Isso porque, nos direciona a pensar que a necessidade de regimes mais autoritários, extremistas, ou ditatoriais, está relacionado e interligado aos determinantes da reprodução do capital em nível global, ou seja, em função do mercado.

As autoras Behring e Boschetti (2006) ressaltam que o desenvolvimento da política social brasileira acompanha marcas de desigualdades sociais profundas. O caminho trilhado até a promulgação da Constituição Federal de 1988, definindo à saúde como direito universal, a definição do papel do Estado passou por diferentes interpretações ao longo do tempo, além de ter uma discussão mais ampla sobre a garantia dos privilégios das classes dominantes.

No Brasil, quando ocorreu essa expansão de direitos sociais, novos atores foram incorporados ao debate sobre política, direitos sociais e bem-estar da população. Na área da

saúde, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária de Saúde (APS) vão representar esse momento de efervescência política por uma saúde pública e de qualidade.

3.2 Contradições e complexidades na política da saúde brasileira

A saúde como "direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado" promulgada na Constituição Federal de 1988, passou a ser garantia constitucional no processo de redemocratização do Brasil, nos anos 80, logo após o período da ditadura militar (1964-1985). Antes, a saúde atendia somente aos indivíduos que estivessem inseridos no mercado de trabalho com contribuição na Previdência Social, o que ocasionava exclusão de uma grande parcela da população e centralização federal ao sistema público de saúde.

A nova constituição além de garantir o direito à saúde, impôs muitas mudanças institucionais e político-administrativas: estabeleceu como função do poder público garantir políticas sociais com vistas a prevenção e redução de doenças; definiu sobre as diferentes atribuições de cada ente federado quanto à provisão dos serviços de saúde – financiamento da saúde pelos municípios, estados e União, através de receitas de contribuições sociais, impostos e outras possíveis fontes; garantiu acesso e atendimento universal, igualitário e integral com prioridade nas ações de prevenção à saúde, mas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

No tocante às políticas públicas de saúde, atenta-se ao quadro 2, para a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, o texto constitucional referenciado à saúde, disposto na Seção III, nos art. 196, 197, 198 e 199 fundamentaram-se nas propostas aprovadas nesta conferência e que posteriormente norteou a Lei Orgânica da Saúde, Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

Sobre o texto constitucional que estabelece as tipificações fundamentais para as políticas públicas referentes à saúde, Bulos (2005) esclarece que: o art. 196, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado; o art. 197, estipula o caráter de interesse público nas ações e serviços de saúde, e justifica a necessidade de regulamentação e fiscalização; no art. 199, declara livre o uso da saúde para o setor privado; os art. 198, 199 e 200 orientam sobre a forma de organização, competências e financiamento do SUS, estabelece os princípios e o caráter complementar da participação da iniciativa privada.

A criação do Sistema Único de Saúde - SUS, permitiu que se consolidasse o direito à saúde no Brasil. O SUS foi regulamentado pela primeira lei, que dispôs sobre os objetivos, princípios, diretrizes, a organização, gestão e regulação das ações de saúde, e sobre as

competências e atribuições dos entes federados para execução. Já, a segunda lei, dispõe sobre o financiamento da saúde, transferências de recursos entre os entes federados e sobre a participação popular na gestão do SUS, além de outras providências (BRASIL, 1990).

Ocorre que, o SUS originou-se fundamentado em princípios de universalização, integralidade e acesso gratuito, num contexto de crise fiscal. Desde 1988, a CF prevê 30% do orçamento da Seguridade Social destinadas ao SUS, contudo na prática, não ocorreu. Ocké-Reis (2018) enfatiza que o debate sobre o financiamento do SUS na literatura é contínuo ao longo dos anos, e exemplifica a criação da Contribuição Provisória Sobre a Movimentação Financeira (CPMF), entre 1997 e 2007, como um suplemento de receita que acabou por substituir outros recursos tributários para saúde.

Mello et al (2009), demonstraram que o SUS foi criando novos mecanismos jurídicos e administrativos, aperfeiçoando a prestação dos serviços de saúde, elaborando sistemas para melhor relação entre os entes federados, utilizando-se de leis, emendas constitucionais, leis complementares, portarias, com vistas a reduzir as desigualdades sociais no acesso ao direito à saúde, tornar o SUS mais eficiente e a oferta de serviços de saúde mais em eficaz em termos de políticas públicas, conforme apresentado no quadro 3.

Nesse cenário de aperfeiçoamento técnico normativo do SUS, quanto à vinculação de receitas e financiamento da saúde pública nos três entes federados, destaca-se a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (EC 29/00), que estabeleceu o cumprimento de transferências nos recursos mínimos, a saber:

i. Cumprimento dos municípios de no mínimo 15% das receitas próprias, que inclui o repasse como Fundo de Participação dos Municípios (FPM);
ii. Mínimo de 12% de aplicação da arrecadação própria dos estados;
iii. A União deveria ter como base o montante empenhado no exercício de 2019 com ações e serviços públicos de saúde, elevado de no mínimo 5% para o ano de 2000 e corrigido pela variação nominal do PIB aos anos posteriores.
iv. Estabeleceu ainda, reavaliação dos percentuais mínimos a cada cinco anos, através de lei complementar.

Quinze anos depois, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, assegurou os recursos mínimos nas transferências federais para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) com base na receita líquida da União, num processo de escalonamento, saindo de 13,2% para o exercício de 2016, até alcançar 15% no ano de 2020. Entretanto, a Emenda Constitucional nº 95/2016 revogou o dispositivo de escalonamento de cinco anos da

EC nº 85/15, além de estabelecer a atualização monetária do piso de 2017 ano a ano, até 2036 (SOUZA *et al*, 2022).

Quadro 3- Principais mecanismos jurídicos e administrativos para o aperfeiçoamento do Sistema único de Saúde –SUS (continua)

ANO	**DOCUMENTO / LEI**	**ASSUNTO**
1991	Edição da Primeira Norma Operacional Básica – NOB91	Criação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde-PACS; a Atenção Primária da Saúde-APS, inicia os primeiros passos.
1993	Edição da Segunda Norma Operacional Básica – NOB93	Estabelece formas de habilitação dos municípios, estratificando o grau de autonomia. Caracteriza os municípios em: incipientes, parciais e semiplenos.
1996	Edição da Terceira Norma Operacional Básica – NOB96	Institui o Piso da Atenção Básica e fortalece a descentralização incentivando os municípios a trabalhar em rede. Habilita os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.
1999	Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
2000	Emenda Constitucional nº 29	Determinou a vinculação de receitas e assegurou os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde das três esferas administrativas do país.
2001	Edição da primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS 2001	Atualiza a regulação da assistência. Consolida e aprimora o SUS.
2003	Resolução no 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)	Implicou importantes mudanças nos procedimentos adotados pelos entes federados no que diz respeito em que os pisos deveriam ser efetivamente gastos.
2002	Edição da segunda Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS 2002	Assegura a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01. Procura oferecer alternativas para superar as dificuldades quanto a sua implementação.
2006	Divulgação do Pacto pela Saúde, via Portaria nº 399/06	Composto por 3 componentes para todas as esferas de governo: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Saúde e Pacto pela Gestão.
2007	Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007	Criação de cinco blocos de financiamento no SUS como sendo: bloco da atenção básica; bloco da média e alta complexidade; bloco da vigilância em saúde; bloco de assistência farmacêutica; bloco de gestão; e, por fim, bloco de investimento na rede de serviços de saúde.
2010	Criação da Universidade Aberta do SUS	Atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde.
2011	Decreto nº 7508/11 regulamenta a Lei Orgânica nº 8.080/90	Fortalece a regionalização através da Instituição de Regiões de Saúde – garante a INTEGRALIDADE da assistência em saúde.
2012	Lei Complementar nº 141/12	Dispõe de percentuais mínimos a serem investidos pelas esferas de governo nas ações e serviços de saúde.

2015	Emenda Constitucional nº 86/15	Altera o art. 198 da CF/88, estipula o valor mínimo de 15% a ser investido pela União.
2015	Lei 13.097/15	Altera o art. 23 da Lei 8.080/90 – permite a participação direta e indireta de capital estrangeiro na assistência da saúde no Brasil – inclui o art. 53 da LOS.

Quadro 3 - Principais mecanismos jurídicos e administrativos para o aperfeiçoamento do Sistema único de Saúde -SUS (conclusão)

ANO	**DOCUMENTO / LEI**	**ASSUNTO**
2016	Emenda Constitucional nº 95/16	Revogou a EC 86/15. Definiu que, a partir de 2018, o investimento federal mínimo seria o piso de 2017 atualizado monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) ano a ano até 2036.
2017	Portaria de no 3.992, de 28 de dezembro de 2017	Dispõe sobre o novo financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaboração com base em BRASIL ((1993;1996;1998;2003;2006;2007;2008;2011;2012;2016); *SOUZA* et al. (2022).

É pertinente destacar no ano de 2007, a Portaria nº 204, de 29 de janeiro, com base na normatização do Pacto Pela Saúde (2006), que simplificou as contas bancárias em cinco blocos diferentes quanto as ações de saúde. As contas eram utilizadas para os repasses do MS para todos os municípios brasileiros, através do Fundo Nacional de Saúde- FNS, para o financiamento da atenção básica. Em 2017, a Portaria nº 3.992, de dezembro de 2017, extinguiu os cinco blocos e estabelece somente dois blocos – o de custeio das ações e serviços públicos de saúde e, o de investimento na rede de serviços públicos de saúde.

Segundo o MS, a nova portaria impôs mudanças que objetivaram alcançar maior flexibilidade no uso dos recursos seguindo as necessidades locais de cada município, e vale salientar que as alterações no método de cálculo e de distribuição dos recursos federais serão abordadas com a instituição da Portaria nº 2979/2019, o Programa Previne Brasil, objeto de estudo desta análise. Entretanto, pontua-se as evidências do quadro 2, que a partir do ano de 2016, há redução quanto as responsabilidades do MS na garantia de saúde com base na EC 95/16 e sobre o desfinanciamento da saúde com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, em 2017.

3.3 Atenção básica, ou Atenção primária de Saúde no Sistema Único de Saúde

A implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo a Lei 8.080/1990, objetivou assegurar o direito à saúde para toda população brasileira. Desde então, a legislação tipificada sobre o SUS buscou garantir atenção plena de todos através do acesso universal à rede assistencial. Dessa forma, a construção da APS, sob as influências da descentralização federal, busca ofertar acesso universal e serviços mais complexos de cuidado, assim como, implementar ações intersetoriais preventivas e que promovam saúde para a população local.

O Ministério da Saúde-MS caracteriza a Atenção Primária da Saúde-APS por:

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde; objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades." (BRASIL,2022).

Conforme as orientações da OMS (2010), a abordagem da atenção básica da saúde deve estar fundamentada nas necessidades e particularidades dos indivíduos, famílias e comunidades, sendo este o acesso principal da população local aos serviços de saúde. Nesse sentido, o Banco Mundial (2013; 2018) reforça sobre a importância de prevenir doenças e promover saúde, a fim de racionalizar gastos futuros em níveis mais complexos de atenção e cuidado à saúde.

> No momento em que a saúde foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado, os gestores em nível federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) passaram, cada vez mais, a priorizar a Atenção Básica sob a perspectiva de implantar um novo modelo de atenção à saúde no País. Essa política foi especialmente desenvolvida nos anos 1990, quando se começou a fazer grandes esforços no sentido da universalização da Atenção Básica, e tal processo se desenvolveu ao longo dos anos 2000 (MENDES; MARQUES, 2014, p. 901).

A Atenção Básica (AB), é também denominada por Atenção Primária da Saúde (APS), o que na literatura ocorre um debate constante sobre o termo ideal; no Brasil, há uma discussão bem atual, visto que, o governo brasileiro já utilizou em documentos oficiais o termo AB, contudo, atualmente nos documentos oficiais, utiliza-se o termo APS conforme a tendência internacional. A pesquisa utiliza a expressão APS, sem adentrar na discussão ressaltando que segundo Mello et al. (2009, p. 211) "os termos AB, AP e APS têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos".

A Atenção Primária à Saúde (APS) trata-se da principal porta de entrada do SUS e do acesso à comunicação com toda a Rede de Atenção do sistema público de saúde com o

objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação da saúde coletiva. Constitui-se do primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas de saúde, buscando promover, proteger e prevenir através do diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção. A APS deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2022).

Segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), a APS representa a porta de entrada aos serviços nas redes de saúde no Brasil, e, está o mais próximo das especificidades locais devido à descentralização e capilaridade. Dentre as políticas da APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) oferta serviços de consultas, exames, vacinas, e outros procedimentos às pessoas, através das Unidades de Saúde da Família (USF). A exemplo de programas, destacam-se: Programa Saúde na Hora; Médicos pelo Brasil; Previne Brasil (objeto deste estudo).

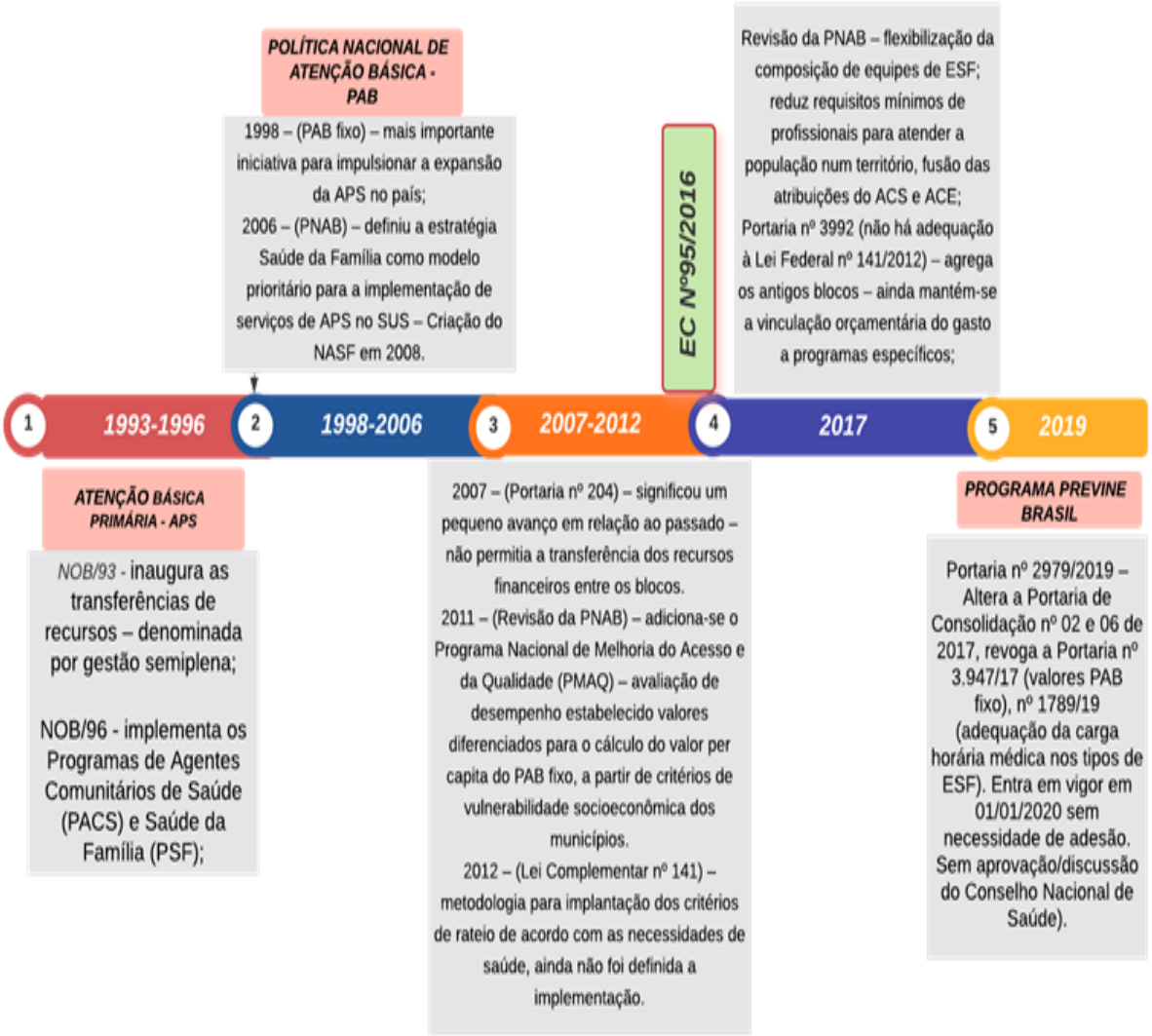
O processo de reorganização da APS no Brasil teve início no ano de 1993 buscando garantir serviços de qualidade à população e de conter os constantes desafios das desigualdades sociais. No período de 1993 a 1996, o MS inaugurou as transferências de recursos através dos termos normativos – Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde (NOB SUS) - essa gestão foi denominada de gestão semiplena (NOB SUS/93) e (NOB SUS/96). A figura 1, apresenta os marcos cronológicos da APS, destacando a implementação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) publicadas pelo Ministério da Saúde – MS (ver quadro 3 e figura 1), dirigiram o processo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios que assumiram progressivamente a coordenação da gestão do sistema de saúde em âmbito regional e local. Diante disso, surgiu a demanda por uma organização do sistema em rede de ações e serviços hierarquizados que estivessem mais adequados às especificidades regionais. Assim, o sistema passou a ser municipalizado, tendo o MS na função de formulador de políticas (SOUSA; MENDONÇA, 2014).

A figura 1, traça uma linha cronológica evolutiva no processo de construção da APS, além de demonstrar as mudanças mais significativas no financiamento federal do SUS e que ocasionaram mudanças em todas as ações e serviços de saúde da atenção básica. Entre o período de 1993-1996, inicia-se novas estratégias organizacionais, a exemplo do Programa Saúde da Família-PSF, que depende e se estrutura na organização física das unidades básicas

de saúde (UBS) localizadas próximas dos indivíduos, famílias e comunidade com vistas a facilitar o acesso ao sistema público de saúde.

Figura 1- Marcos cronológicos da APS no Brasil



Fonte: Elaboração própria, a partir de BRASIL (1993;1996;1998;2006;2007;2008;2011;2012;2016;2019)

O financiamento da APS, em 1997, obteve certa estabilidade com a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF em 1997 e que ficou em vigor até 2007. Isso porque, em 1988, o Ministério da Saúde instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), importante iniciativa para impulsionar a expansão da APS no país. Ao longo

desse período, estabeleceu inúmeras Portarias a fim de estruturar a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006. A PNAB redefiniu um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (1990), a lei nº 8.080 no seu artigo 35, dispõe sobre a distribuição dos recursos federais entre os diferentes estados e regiões do país, de acordo a análise técnica de programas e projetos, a partir dos seguintes métodos:

> I – Perfil demográfico da região;
> II – Perfil epidemiológico da população a ser coberta;
> III – Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
> IV – Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
> V – Níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
> VI – Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
> VII – ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

Cabe dizer que a parte fixa do Piso da Atenção Básica (PAB-fixo) é calculada com base no perfil demográfico da região multiplicado por um valor *per capita*. Segundo Machado (2022), o valor transferido aos municípios através do Fundo Nacional de Saúde em anos mais recentes variou entre R$ 23 a R$ 28, sendo a gestão municipal responsável para aplicação dos recursos seguindo as tipificações do MS quanto à oferta dos serviços na APS. Na composição do PAB-fixo, há uma parte variável voltada para o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e PSF (Programa Saúde da Família), Programa de Combates às Carências Nutricionais (PCCN), Ações Básicas de vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

O Piso da Atenção Básica (PAB-variável) compreende os recursos vinculados aos programas específicos: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios da Rua, Programa Saúde na Escola, Saúde da Família – fluviais e ribeirinhas, Atenção domiciliar, Microscopistas, Academia da Saúde, Fator de Incentivo de Atenção Básica a povos Indígenas, Incentivo para Atenção à Saúde Penitenciária, Programa de Gestão do Atendimento Básico, Programa De Farmácia Básica, Combate a Grandes Endemias, Programas de Saúde da Mulher e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).

De acordo com Mello *et al* (2009) o PAB-variável e o PAB-fixo, representam a grande mudança significativa para o financiamento da APS por incentivar a redução na desigualdade de acesso à saúde. A lei do PAB tinha o objetivo de impulsionar as ações estratégicas para as famílias nas unidades da atenção básica e estavam fundamentados no princípio da igualdade disposto na CF/88. Pontuam ainda sobre a transparência dos municípios na aplicação dos

recursos baseando-se na prevenção de doenças e promoção de saúde, e sobre a possibilidade dos municípios ofertarem mais ações e serviços de saúde em prol de captar mais recursos, visto que, quanto mais UBS, mais atendimentos, mais recursos transferidos.

Retomando ao quadro 2, a EC nº 29/2000, assegurou a vinculação do financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo, e, em 2006, o MS redefiniu a Política Nacional da Atenção Básica dispondo que o somatório do PAB-fixo e PAB-variável comporia o Teto de Financiamento do Bloco Atenção Básica, com base nas normatizações dispostas na Portaria nº 399/06 que divulgou o Pacto pela Saúde, fortalecendo progressivamente a APS.

Em 2007, o MS consolida mais um avanço da APS por não permitir a transferência dos recursos financeiros entre os blocos, através da Portaria nº 204/2007 que resolve regulamentar, controlar e monitorar a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde[16].

A PNAB, definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para a implementação de serviços de APS no SUS. A exemplo, de ESF, tem-se em 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154/2008, cujo objetivo era de "ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica" (BRASIL, 2008).

Segundo Mendes (2015), a desconstrução do conceito de APS não é recente e ocorre de forma processual no Brasil. Mesmo nos governos brasileiros denominados de progressistas, a trajetória histórica da APS foi de intensa disputa pela redução de sua

---

[16] Art. 2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.
Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.
Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.
Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:
I - Atenção Básica
II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
III - Vigilância em Saúde;
IV - Assistência Farmacêutica; e
V - Gestão do SUS.
VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.
Parágrafo único. Os recursos financeiros a ser transferidos por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde de que trata o inciso VI deste artigo destinar-se-ão, exclusivamente, às despesas de capital.
Art. 5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos (BRASIL, 2007).

concepção com base em necessidades em saúde, visto que, para o autor, a implantação alocativa dos recursos federais do SUS nunca foi realmente alcançada.

O autor ressalta que a APS no Brasil, adaptou-se à concepção do capitalismo global com o pressuposto de enfatizar os determinantes orientando-se pela retórica do financiamento e rateio fragmentado. Corroborando com o exposto, verifica-se as revisões da PNAB no ano de 2011 e no ano de 2017. E para Reis e Paim (2018), neste período, o debate sobre os projetos de saúde seguiram identificados como: mercantilista ou privatista, revisionista ou racionalizador, democrático ou de Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

A Portaria nº 2.488/2011, aprovou a revisão da PNAB e estabeleceu diretrizes e normas para a organização da APS, ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foi adicionando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) – avaliação de desempenho; estabeleceu-se valores diferenciados para o cálculo do valor per capita do PAB fixo, a partir de critérios de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios (BRASIL, 2011).

Com base na discussão do capítulo anterior, das transformações recentes no direito à saúde sob o prisma da lógica neoliberal sobretudo à APS, desencadeou-se no Brasil, um cenário de financeirização da saúde, e mesmo tendo o norte da lei nº 141/2012 que define o que pode ser contabilizado como gasto de saúde e regulamenta os valores mínimos constitucionais a serem aplicados anualmente nas três esferas do governo, não foi possível ocorrer uma alteração nos critérios de rateio nas transferências do PAB-fixo e do PAB-variável.

No que tange a organização do SUS, a partir de 2011, tem-se verificado uma dependência crescente ao setor privado.

> Embora tenham sido desenvolvidas ações no que diz respeito à criação das redes e da regulação do SUS, persistiram pontos negativos, como o desabastecimento de insumos e vacinas. A organização e a regulação do SUS têm sofrido influência de grupos de interesses, enquanto as estruturas adotadas têm sido insuficientes para promover mudanças na gestão (REIS; PAIM, 2018, p. 110).

Em 2017, a PNAB passou por mais uma revisão, por meio da Portaria nº 2436/2017 consolidou a flexibilização da composição de equipes de ESF; reduziu requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território, com a fusão das atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente Comunitário de Endemias (ACE) (BRASIL, 2017). A Portaria nº 3992/2017 (não há adequação à Lei Federal nº 141/2012) – agrega os antigos

blocos – ainda se mantém a vinculação orçamentária do gasto a programas específicos – o MS como agente definidor da política de saúde no território nacional (BRASIL, 2017).

> A recente mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise política e econômica do País, que vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais. Se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma 'trama', relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento (MELO et al., 2019, p. 49).

Tais mudanças evidenciam que a gestão governamental tripartite[17] do SUS não tem sido firmada pela atuação da sociedade civil e trabalhadores nas instâncias democráticas, visto que, observa-se uma concentração de poder nos gestores formais do SUS num período de desmonte das políticas públicas e ameaças ao SUS (MELO et al., 2019).

A ênfase na gestão formal do SUS pode ser referenciada tanto na Organização Mundial da Saúde-OMS, quanto no Banco Mundial-BM. Ambos ressaltam a importância em assegurar acesso e qualidade nas ações e serviços da APS baseando-se na adoção do princípio de Cobertura Universal de Saúde-CUS, através da cobertura de serviços básicos à população, estruturados em objetivos e metas para um melhor monitoramento e alocados em indicadores num sistema único de informação (OMS, 2010).

O estudo de Neves et al. (2014) sobre o registro de informações de saúde no Brasil apresenta alertas para essa modelagem de gestão voltada a cumprir metas e baseada em cumprir determinadas quantidades de procedimentos. Para os autores, a análise do viés quantitativo, sem avaliações qualitativas entre os atores envolvidos buscando promover reflexões sobre a melhoria do processo de trabalho, pode gerar problemas, isso porque, as

---

[17] A gestão governamental do SUS é tripartite, isto é, a responsabilidade do financiamento é compartilhada entre União, Estados (com Distrito Federal) e Municípios (CF-88). As Emendas Constitucionais: EC 29/2000, EC 86/2015 e EC 95/2016, estabeleceram normas específicas para a composição do financiamento do SUS e apuração dos valores mínimos de gastos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de cada esfera de governo. Contudo, os estudos demonstram que as disparidades regionais ocasionadas por influências geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras tornam alguns municípios mais fortes economicamente, o que compromete efetivamente a regionalização das ASPS. Para os autores, essa modelagem de gestão vai caracterizar o subfinanciamento da saúde principalmente pelo pequeno envolvimento financeiro do ente estadual com a pactuação regional e pelas distintas disparidades nas regiões de saúde (NEVES, et al.,2014).

condições de trabalho na APS são aspectos bastante comprometidos desde o surgimento do SUS, devido à ocorrência do subfinanciamento na saúde.

4 O PROGRAMA PREVINE BRASIL: o novo cenário da APS no Brasil

A construção dos princípios do SUS, baseado na Constituição Federal de 1988 pelo tripé da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 1988), revela a estrutura restaurada dos direitos sociais no Brasil, pós ditadura militar. Contudo, o cenário contemporâneo brasileiro de transformações técnicas na APS, sobretudo, com a criação do Programa Previne Brasil, no governo Bolsonaro, conforma significativas reestruturações sob um viés de contextos econômicos e políticos vinculados à lógica mais explícita do neoliberalismo.

Neste contexto, o jogo entre Estado, mercado e direito à saúde torna-se o foco para análise no debate que busca verificar a concretização da mundialização do capital e da financeirização da saúde brasileira. Apresentou-se até aqui, como o desenho de um estado brasileiro neoliberal conduziu o sistema de saúde a um novo modelo de regime fiscal, impactando no financiamento da política de saúde, que já é historicamente subfinanciada.

Nessa ótica, este capítulo objetiva apresentar o PPB e verificar as principais alterações propostas na metodologia de cálculo do Programa Previne Brasil e os efeitos na efetivação dos princípios do SUS. Busca-se analisar de que forma o PPB pode auxiliar no fortalecimento do SUS como principal ferramenta de aprimoramento da gestão da APS e de promover melhorias nos indicadores sociais.

Na descrição sobre a implementação do Programa Previne Brasil será considerado o método analítico, buscando investigar componentes da financeirização da saúde sobre o processo de construção da APS no Brasil utilizando do método comparativo quanto aos parâmetros de análise dispostos na Portaria nº 2979/2019, que institui o novo modelo de transferências de renda do governo federal para os municípios.

Assim, busca-se compreender através da análise de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) no período de 2019 a setembro de 2022 direcionados à reorganização da APS e voltados à atender a Lei nº 13.958 que institui o PPB, como as diretrizes desta política pública provocaram mudanças na gestão do SUS e na tipologia de atenção básica de saúde que reproduz à lógica da financeirização da saúde discutida na literatura empírica no Brasil.

Metodologicamente, o presente capítulo, apresenta uma abordagem quali-quantitativa e natureza aplicada. Será aplicado o método comparativo, através da estatística descritiva nos dados secundários coletados no Sistema de Informações sobre orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS), Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), DATA-SUS, Agência Nacional de Saúde (ANS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Pesquisa de Orçamento das Famílias (POF –IBGE).

Por meio da estatística descritiva e do método comparativo se explicitará as principais alterações propostas na metodologia de cálculo de transferência de recursos do Programa Previne Brasil que corroboram com a literatura da financeirização da saúde e seus desdobramentos sobre a Atenção Primária da Saúde (APS) do SUS.

4.1 O novo modelo de financiamento da APS: o Programa Previne Brasil

O processo de construção da APS no Brasil foi impulsionado a partir da década de 1990, por transferências de recursos federais ano a ano, através de contas carimbadas que sofreram reajustes e alterações com objetivo de ampliar o acesso as ações estratégicas e serviços de assistência à saúde. Contudo, a nova Política Nacional da Atenção Básica-PAB, instituída em 2017, estabeleceu “um processo de reestruturação abrangendo diretrizes, formas de organização, composição das equipes, processos de trabalho e escopo de práticas, com impactos sobre o modelo de atenção e do direito à saúde” (MENDES et al.,2022, p.3).

A partir da EC 95/2016, o SUS passou por uma reconfiguração o que intensifica mudanças de reestruturação organização e normativa na atenção primária. Morosini et al.

(2020) argumenta que a partir daí, o Brasil imprimiu um cenário facilitador às privatizações nas políticas de saúde, através de influência técnico ideológica em discursos e medidas que corroboram com a hegemonia do viés mercadológico na formulação das políticas de saúde para a atenção primária. "Sob a hegemonia da racionalidade neoliberal, a lógica privatista tem forçado a ampliação da sua presença no SUS, passando progressivamente a compor a tessitura do sistema" (Morosini et al., 2020, p.2).

Os autores exemplificam o argumento, ao apresentar a Lei n°13.958, de 18 de dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos pelo Brasil e autoriza o trabalho do serviço social autônomo através de contratação de serviços de profissionais por personalidade jurídica do direito privado sem fins lucrativos, nomeada de Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Isso significou delegar a ADAPS responsabilidades de gestão antes do MS, visto que, permite a atuação direta de empresas privadas de saúde na atenção primária com acesso a financiamento.

A revisão de literatura que versa sobre tais medidas corrobora que há evidências de mercantilização da saúde e consequências para os entes subnacionais quanto a redução na autonomia da gestão local[18] pela dependência da terceirização – contratação por tempo parcial e trabalho com autônomos, reduzindo a possibilidade desses trabalhadores se organizarem como classe, o que Teixeira e Paim (2018, p. 16), alerta sobre os riscos: "está em curso um processo de americanização do sistema, tendo como cenário a expansão do mercado de serviços de saúde e subsídios, inclusive assimilando a proposta de cobertura universal em saúde".

Seguindo a lógica da mercantilização, em 18 de dezembro de 2019, o governo apresenta a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), cujo objetivo é descrever no âmbito da atenção básica, a relação de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde a serem ofertados para a população brasileira. Morosini et al. (2020, p.7) pontua sobre o caráter indicativo do documento para uma atenção básica mais segmentada por estabelecer serviços de cuidado mínimo, além de nortear o processo de contratação de serviços com base em "capitação associada a pacote de procedimentos", método utilizado para a precificação no setor privado.

Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde definiu uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), numa proposta de ampliar o acesso da população. Segundo o MS, o Programa Previne Brasil (BRASIL,2019):

---

[18] Pontua-se que a gestão local da saúde compreende todos os atores envolvidos no processo da participação social (fóruns, conselhos, associações, sindicatos, entre outros).

> O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional. A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (BRASIL, 2019).

A Portaria Ministerial nº 2.979/2019 instaura o PPB sem aprovação ou discussão do Conselho Nacional de Saúde e com entrada em vigor nos municípios brasileiros sem necessidade de adesão na primeira semana do ano de 2020. A referida portaria descrita objetiva resgatar os pressupostos históricos da APS em consonância com o modelo de gestão moderna impressa com as transformações sociais, econômicas e políticas nas políticas públicas brasileiras.

No tocante aos quatro componentes do financiamento, o MS dispõe que "foi pensado para ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e promover o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas" (BRASIL, 2019).

A análise dos documentos disponibilizados no MS que nortearam a implementação do PPB, entre 2019 a fevereiro de 2020, compõem o quadro 4. Ressaltando que o mesmo, demonstrou a reorganização da APS em períodos anteriores ao PPB.

Quadro 4- Instrumentos legais e informativos que nortearam a implementação do Programa Previne Brasil, até fevereiro de 2020

DOCUMENTO	OBJETIVO
Portaria GM/MS Nº 2979/2019	Institui o Programa Previne Brasil; Estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria no 3.222 20, de 10 de dezembro de 2019	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.
Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), de 18 de dezembro de 2019	Descrever a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira.
Portaria no 3.510 21, de 18 de dezembro de 2019	Institui incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde da família ou equipes de saúde bucal que sejam campo de prática para a formação de profissionais no âmbito da APS.
Nota técnica 03, de 27 de janeiro de 2020	Apresenta a configuração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.

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).

Fonte: Elaboração própria a partir de Morosini et al. (2020)

Pontua-se que as mudanças ocorridas intensificaram alterações significativas na gestão organizacional do SUS e na tipologia da assistência pública de saúde, o que Morosini et al. (2020); Miranda (2020) vão sinalizar como mudanças que fortalecem a lógica do mercado nas políticas públicas da saúde brasileira.

Exemplo disso, vê-se a nota técnica nº 3, de 27 de janeiro de 2020, que dispõe sobre o desfinanciamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) pelo MS e delega autonomia para a gestão municipal para definir os critérios para composição de equipes multiprofissionais. Cada município poderá estabelecer os arranjos de cada equipe na atenção básica, assim como, definir as tipologias de profissionais e carga horária. E, a Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, que redefiniu o registro das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além de cancelar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), sistema que monitorava a atenção básica.

O debate recente na literatura sobre essa nova política de financiamento da APS, visto que o PPB está no seu terceiro, são contrários ao que versa o MS e o discurso técnico do governo. Harzheim (2020), Massuda (2020) e Miranda (2020) discutem os possíveis efeitos para o SUS e os impactos para a saúde da população nos municípios brasileiros sob a ótica dos princípios do SUS - universalidade, integralidade, descentralização e participação social e, fundamentando-se nas atribuições da gestão do SUS: planejamento, financiamento, regulação, execução de serviços.

Partindo do pressuposto de possibilitar uma gestão do SUS mais eficiente, o MS apresenta o Programa Brasil Previne (PPB) como uma ferramenta de gestão capaz de organizar a Atenção Primária da Saúde (APS), mensurar as transferências de recursos orçamentários para os municípios através da captação e avaliação de desempenho. E para isso, modifica os critérios de cálculos quanto ao quantitativo populacional e composição das equipes de Estratégia de Saúde na Família (ESF) existentes num município (BRASIL, 2019).

A premissa apresentada pelo governo sobre o PPB é de enfrentamento às demandas inalcançadas na APS no SUS, num teor administrativo de inovação na gestão dos serviços e de permanência em efetivar os princípios do SUS no tocante à atenção básica (BRASIL. 2019). Harzheim (2020) segue o disposto pelo MS e vai discordar quanto ao PPB demonstrar

mais pressupostos de focalização de recursos e demandas dos serviços básicos de saúde do que para o princípio de universalidade do SUS.

> O texto apresentado por Massuda sugere equivocadamente que o Previne Brasil, "(i) parece ter objetivo restritivo", "(ii) deve limitar a universalidade", "(iii) aumentar as distorções no financiamento", "(iv) induzindo a focalização de ações de APS no SUS", (v) "reverte a redução das desigualdades na saúde". Ora, o conjunto de estratégias planejadas e oficializadas ao longo de 2019 - entre as quais o Previne Brasil é a mais importante -, caminham em direção diametralmente oposta. Propomos a radicalização dos atributos da APS, radical como raiz, como fundamento e origem, radical como Reforma Estruturante (HARZHEIM, 2020, p. 1189).

Massuda (2020) demonstra as contradições do PPB corroborando com Miranda (2020) ao mencionar as críticas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABSC) ao PPB:

> [...) o programa "Previne Brasil" substitui os critérios até então utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS. No lugar, foram introduzidos o número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde – ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde. A nova política foi apoiada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e criticada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (MASSUDA, 2020, p. 1184).

Segundo Miranda (2020), o debate sobre a relação da elevada concentração das transferências federais, via recursos tributários e a dependência dos municípios e estados quanto ao orçamento necessita ser analisado, isso porque, o MS ao longo dos anos, têm incentivado a introdução de ferramentas estratégicas de gestão nas instituições sem considerar as especificidades locais destes municípios. Para o autor, o PPB:

> [..] não versa somente sobre uma nova programação financeira para a APS-SUS, a partir dele, busca-se importar, incorporar e implantar logísticas sistêmicas e tecnologias adotadas em outros países, com relativos sucessos, em um contexto diverso deles. 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 (MIRANDA, 2020, p. 1225).

Neste contexto, Miranda (2020) e Massuda (2020) concordam com a premissa de que o PPB é uma nova política que ameaça as conquistas históricas da APS desde sua implementação quanto ao papel de reduzir as desigualdades em saúde. Ademais, às tipificações dispostas nas alterações das portarias no MS, denotam à confirmação do PPB quanto ao financiamento da APS. A exemplo do exposto, registra-se a Portaria 2.254/21 que

atualiza o custeio da APS; a Portaria 102/2022 com novos indicadores; e as notas técnicas 02/2022, 03/2022 e 11/2022, quanto ao pagamento por desempenho no ano de 2022, a ser explicado no quadro 5.

O quadro 5, refere-se à apresentação dos sete (07) indicadores dispostos na nota técnica 11/2022 do PPB "que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) revisados para o ano de 2022". As fichas qualitativas a serem preenchidas pelos municípios encontram-se disponibilizadas no sítio eletrônico do Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB.

Quadro 5- Indicadores do PPB em relação ao pagamento por desempenho nos quadrimestres de 2022

INDICADOR	**2022 – 1º quadrimestre**	**2022 – 2º quadrimestre**	**2022–3º quadrimestre**
1- Gestantes com 6 consultas e início de 12 semanas	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO
2- Gestantes com exames de HIV E Sífilis	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO
3- Gestante com atendimento odontológico	100%	RESULTADO	RESULTADO
4- Mulheres com coleta de citopatológico na APS	100%	RESULTADO	RESULTADO
5- Criança de até 1 ano com PENTA e VIP	100%	RESULTADO	RESULTADO
6- Hipertensos com consulta e PA aferida no semestre	100%	100%	RESULTADO
7- Diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	100%	100%	RESULTADO

Fonte: Elaboração própria, a partir de BRASIL (2022).

A avaliação de desempenho do PPB consiste do resultado dos indicadores descritos, os quais serão calculados conforme fichas qualitativas publicadas pelo MS posteriormente à cada quadrimestre. Observa-se que, para o cálculo do desempenho, serão utilizados apenas os resultados das equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde e devidamente cadastradas pelo gestor municipal no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2019; 2022).

Portanto, não há como apresentar os indicadores do PPB sem pensar na importância dos cadastros realizados pelos profissionais de saúde nestes municípios, na compreensão das múltiplas realidades existentes nas equipes atuantes nos 5.570 municípios do Brasil e na futura repercussão financeira do PPB na APS.

Segundo a Portaria nº 2979/2019 no segundo semestre do ano de 2020, as transferências de recursos federais aos entes subnacionais adotariam a metodologia de cálculo do Previne Brasil (ver Quadro 6), cujos componentes implementados são descritos como: capitação ponderada; pagamento por desempenho (nº de cadastros 2020-2021); incentivos por ações estratégicas, recursos transferidos fundo a fundo em quatro competências financeiras.

O programa projeta-se no cadastramento de toda população com metas de indicadores a serem alcançados num cenário irreal ao da situação vivida no contexto da pandemia de Covid-19. O Previne Brasil, embora tenha sido veiculado pelo Ministério da Saúde com prioridade aos mais vulneráveis, não apresenta indicadores de acompanhamento como o Programa Bolsa Família nas suas condicionalidades. Ademais, a metodologia de cálculo, não deixa claro sobre os custos de transação, não menciona o custeio dos municípios quanto à criação da equipe de apoio, nem da ampliação das despesas dos gestores municipais no processo de cadastros.

Quadro 6- Metodologia de Cálculo do Programa Previne Brasil

"PESSOA SEM CRITÉRIO DE VULNERABILIDADE"	**"PESSOA COM CRITÉRIO DE VULNERABILIDADE"**
PESO 1 VULNERABILIDADE ECONÔMICA Pessoas cadastradas no BPC ou no PBF (Cadúnico); Pessoas beneficiárias da Previdência Social com renda até 2 SM.	**PESO 1,3** PERFIL DEMOGRÁFICO Faixa etária contempla pessoas cadastradas com idade até 5 anos e com 65 anos ou mais.
Cada uma das pessoas "é considerada" apenas uma vez, mesmo que estiver inclusa em mais de um critério.	

Fonte: Elaboração própria, com base em BRASIL (2019).

Com base nos dados disponibilizados no MS (2019), as 27 unidades de federação apresentam um total de cadastros a ser alcançado de 148 milhões de pessoas distribuídas nos 5.570 municípios brasileiros. Assim, cada município deverá realizar os cadastros para atingir o ganho potencial de recursos financeiros para o último quadrimestre do ano de 2022. Através da análise dos cadastros válidos disponibilizados no MS, poderá ser avaliado o desempenho das unidades de federação e seus municípios que alcançaram as metas quantitativas de

cadastros, assim como, as alterações ocorridas no período de transição do PPB.

4.2 Documentos que normatizam o Programa Previne Brasil para à Atenção Primária da Saúde

A Atenção Primária (APS) no Brasil foi sendo construída processualmente mediante portarias e leis produzidas e sistematizadas pelo MS com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população. No decorrer do tempo, a APS passou por várias mudanças, sendo a mais recente, o novo modelo de financiamento disposto no Programa Previne Brasil (PPB), Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

Com base nas orientações técnicas do BM (1991; 1993; 1995; 2007; 2013; 2018) quanto à necessidade de reestruturar o SUS e ampliar a cobertura da APS com sistemas de gestão formal e eficiência no atendimento na qualidade do setor privado, a ideia de que a cobertura de acesso às políticas públicas de saúde no Brasil não funcionavam e que a APS carecia de uma alteração em toda sua estrutura.

O PPB estabeleceu alterações nas transferências de recursos federais para os municípios, passando o financiamento da APS a relacionar-se mediante aos critérios de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O Ministério da Saúde (MS) anunciou o PPB enfatizando o objetivo de aumentar o acesso da população à APS e de fortalecer a relação entre comunidade e equipe das unidades básicas de saúde.

Segundo o MS (2019), o PPB promove o equilíbrio no financiamento por basear-se em critérios per capita com referência à população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e na equipe da Atenção Primária (eAP), avaliada por indicadores descritos nas notas técnicas referentes ao PPB (MELO et al., 2019). Ressalta-se ainda, que o PPB, desde sua implementação 1º de janeiro de 2020, já passou por alterações metodológicas dispostas em notas técnicas que serão discutidas posteriormente.

O MS (2019) iniciou uma nova estrutura organizacional ao desmembrar a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A APS passou então, a ser gestada pela SAPS e por novas normas para o financiamento, a regulação e prestação de serviços. Em relação às medidas, a APS passa a ser orientada por

segundo Morosini et al. (2020, p. 2) “características que, articuladamente, promovem um modelo mercantilizado de gestão e atenção à saúde”.

Os autores mencionam que as mudanças foram apresentadas em 2019 de forma intensiva e sem espaço para promoção de debate, o que não propiciou análises de cenários para o novo modelo, além do MS não considerar os pedidos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instituições voltadas para a saúde, para maiores esclarecimentos, compreensão e diálogo.

Conforme apresentado na análise descritiva que compõe o quadro 7, registra-se que, a partir de 2019, através de documentos normativos que estabelecem mudanças na reestruturação organizacional do SUS para a APS, intensificaram-se e orientações através de medidas que promoveram a constituição de uma nova política.

Quadro 7- Descrição dos instrumentos legais e informativos que nortearam a implementação do Programa Previne Brasil, até fevereiro de 2020

DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
Portaria no 3.510 21, de 18 de dezembro de 2019	Sobre a composição da equipe e a gestão, reitera a ideia de que os profissionais: médico (clínico geral), enfermeiro e odontólogo, são suficientes para compor a perspectiva multiprofissional na atenção básica.
Nota técnica 03, de 27 de janeiro de 2020	Explicita a renúncia ao NASF como modelo para o fortalecimento do cuidado multiprofissional territorial, decorrente do seu desfinanciamento pelo Ministério da Saúde. Não apresenta uma orientação alternativa para a compreensão da multidimensionalidade na atenção básica.
Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020	Reinsere a possibilidade de cadastro de equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); introduz modificações na classificação das equipes e códigos - acarreta nova carga de trabalho - dificuldades aos municípios, com implicações para o financiamento. Cancela o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), sistema que monitorava a atenção básica.

Fonte: Elaboração própria a partir de Morosini et al. (2020)

A análise descritiva do quadro 7, revela as transformações do novo modelo de transferência de recursos para a APS com a extinção da PNAB (PAB-fixo e PAB-variável), NASF, PMAQ e flexibilização na composição da equipe. E, quanto as mudanças, a literatura empírica encontrada sobre o Programa Previne Brasil apresenta um cenário pessimista para os municípios conforme assinalam Massuda (2020) e Morosini et al. (2020).

> Desde a Lei Orgânica da Saúde, a lógica do planejamento ascendente, com base territorial e populacional, apresentava-se como mecanismo de orientação e, para a

> grande maioria dos municípios, o valor fixo no repasse de recursos era a principal garantia para a organização de um SUS local. No modelo de base populacional havia a possibilidade do gestor, com aquele montante, estabelecer a distribuição dos recursos conforme o perfil de cada território, considerando as desigualdades. No contexto de desfinanciamento produzido pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), somada às ameaças de extinção do piso da saúde e à desvinculação de recursos, configura-se um grande risco para a manutenção dos sistemas locais. Ainda que o valor do PAB fixo estivesse defasado sua manutenção representava alguma garantia de continuidade de recursos para a organização da atenção básica (MOROSINI *et al*, 2020, p. 9).

Na ótica de Harzheim (2020), texto nomeado de "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde, as transformações descritas no quadro 7, seguem as premissas defendidas pelo MS (2019), contrariando os estudos empíricos quanto à PNAB ser uma das grandes conquistas da APS desde sua implementação.

> Esse modelo estava esgotado e apresentava limitações quanto à capacidade de induzir respostas primordiais aos desafios do sistema de saúde e da APS, tais como a efetivação do acesso e a produção de melhores resultados em saúde. Ele era formado por vários componentes criados em momentos distintos e com pequena integração no cuidado. O primeiro era composto em parte por uma parcela fixa, calculada a partir do tamanho populacional do município, o chamado "PAB Fixo" (HARZHEIM, 2020, p. 1191).

Ressalta-se que, ao longo da trajetória de existência do SUS no Brasil, observou-se o subfinanciamento estrutural (Ocké-Reis, 2018) numa constante tensão entre o MS e a área econômico dos governos federais desde sua implementação. E, em 2016, com a introdução da EC/95 evidencia-se a forte presença do Estado nas políticas sociais corroborando com a lógica do capitalismo contemporâneo. Nessa perspectiva, é preciso reconhecer as atuações do Estado reveladas no quadro 7, de acordo com o documento do BM (2018) que estabelece propostas de reforma para o SUS pela APS.

Retomando à Portaria nº 2979/2019 que instaura o PPB, é preciso destacar os critérios que norteiam o financiamento da APS: (i) capitação ponderada, (ii) pagamento por desempenho, (iii) incentivos para ações estratégicas, visto que, ao longo do processo de implantação do PPB, as notas técnicas produzidas pelo MS, vão alterar ou permanecer algumas normas dispostas na Portaria nº 2979.

A primeira forma de pagamento é a Capitação Ponderada, que considera a vulnerabilidade econômica do indivíduo. Baseando-se numa metodologia de cálculo que abrange a proporção de pessoas cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), considerando o perfil socioeconômico (se é beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF) ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC) , aposentado ou pensionista com renda de até dois salários

mínimos, o perfil da idade (até 5 anos ou maiores de 60 anos) e a classificação do município de acordo com o IBGE.

O cadastro vai identificar o número de pessoas residentes nas proximidades das unidades básicas de saúde para o planejamento adequado das ações de saúde naquele território, considerando os Determinantes Sociais daquele espaço. O MS define os programas que deverão ser implantados pelos municípios quanto aos incentivos para ações estratégicas, a saber: Programa Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde, Programa de Informatização da APS, Incentivos aos municípios com residência médica e multiprofissional, além dos municípios terem a possibilidade de criar outras ações estratégicas via MS, desde que sigam as normas legais operacionais da APS.

O Pagamento por Desempenho consiste no recebimento das transferências de renda pelos municípios em função do repasse de recursos através do parâmetro de metas a ser cumprida com os resultados dos sete (7) indicadores de processos. O quadro 8 apresenta as alterações na composição do pagamento por desempenho e descrição das notas técnicas. Pontua-se que após a alteração da Portaria GM/MS nº 3222/2019 pela nota técnica nº 02/2022, o pagamento por desempenhou passou de mensal para pagamento por quadrimestre.

A primeira alteração no PPB no ano de 2022, disposta na Nota técnica nº 02/2022, altera a Portaria nº 3.222/2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. A nota técnica nº 11/2022, que dispõe sobre incentivos financeiros de cuidados às pessoas com condições pós-covid na APS, devido ao aumento de pessoas com diabetes e hipertensão após à pandemia do Covid-19 e que não estavam cadastradas em 2019 com tais patologias.

Os sete indicadores foram apresentados pelo MS e alterados através das notas técnicas descriminadas no quadro 8 que consistem em: (i) Nota técnica nº 13/2022 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação; (ii) Nota técnica nº 14/2022 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; (iii) Nota técnica nº 15/2022 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; (iv) Nota técnica nº 16/2022 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; (v) Nota técnica nº 22/2022 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada; (vi) Nota técnica nº 18/2022 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta

e pressão arterial aferida no semestre; (vii) Nota técnica nº 23/2022 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Quadro 8- Instrumentos legais e informativos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), notas técnicas do Programa Previne Brasil, a partir de fevereiro à julho de 2022

DOCUMENTO	OBJETIVO
NT 02/2022	Alterou a Portaria GM/MS nº 3222/2019
NT 03/2022	Apresenta o conjunto dos 7 indicadores que compõem o incentivo financeiro de pagamento por desempenho da APS;
NT Nº 11/2022	Incentivos financeiro às ações de cuidado às pessoas com condições pós-covid na APS;
NT Nº 12/2022	Apresentar as revisões dos indicadores para o pagamento por desempenho e atualizar as informações sobre o "denominador estimado".
NT Nº 13/2022	Atualizou a NT nº 01/2022 - INDICADOR 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;
NT Nº 14/2022	Atualizou a NT nº 02/2022 - INDICADOR 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
NT Nº 15/2022	Atualizou a NT nº 03/2022 - INDICADOR 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizados na APS;
NT Nº 16/2022	Atualizou a NT nº 04/2022 - INDICADOR 4 -Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;
NT Nº 22/2022	Atualizou a NT nº 05/2022 - INDICADOR 5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, coqueluche, Hepatite B infecções causadas por Haemophilus influenza tipo b e poliomielite inativada;
NT Nº 18/2022	Atualizou a NT nº 06/2022 - INDICADOR 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;
NT Nº 23/2022	Atualizou a NT nº 07/2022 - INDICADOR 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Fonte: Elaboração própria a partir de BRASIL (2022)

No que diz respeito aos cadastros, estes são individuais, realizados mediante o Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou pelo número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e são monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)

(HARZHEIM, 2020). Segundo Massuda (2020), o financiamento da APS mediante cadastro individual e com base em vulnerabilidade social, cria barreiras de entrada no acesso ao sistema de saúde pública, assim, a APS no Brasil vai perdendo o princípio da universalidade e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios.

Importante destacar que segundo o MS, para o período de 2021-2022, "A ampliação de indicadores está condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde" (BRASIL, 2019, p. 2). Para os autores contrários à metodologia de cálculo do PPB, Massuda, Miranda, Morosini et al., o pagamento por desempenho em cenários como a APS que envolve complexidades na rede de serviços, os efeitos a longo prazo não são favoráveis. Ademais, apontam para a promoção de ampliação de contratação indireta de profissionais de saúde e renúncia do MS em financiar o SUS – financeirização da APS, a partir do PPB.

Sobre esse aumento da participação do setor privado na APS, a partir do Programa Previne Brasil (PPB), Morosini et al. (2020) defende que se deve à construção de meios para aprofundar a privatização.

> A construção dos meios de aprofundamento da privatização da atenção básica é composta pela redefinição dos mecanismos de financiamento, com destaque para a capitação ponderada e a remuneração por desempenho que, associadas à lista de procedimentos (de extração biomédica), integram os dispositivos necessários à contratualização de entes públicos e privados. Para viabilizar a participação direta do setor privado, em especial da saúde suplementar, na prestação de serviços de atenção básica, com financiamento público, institui-se a ADAPS, constituindo o formato institucional legal para este processo, com efeitos para a gestão, a atenção e a formação em saúde (MOROSINI *et al* (2020, p. 15).

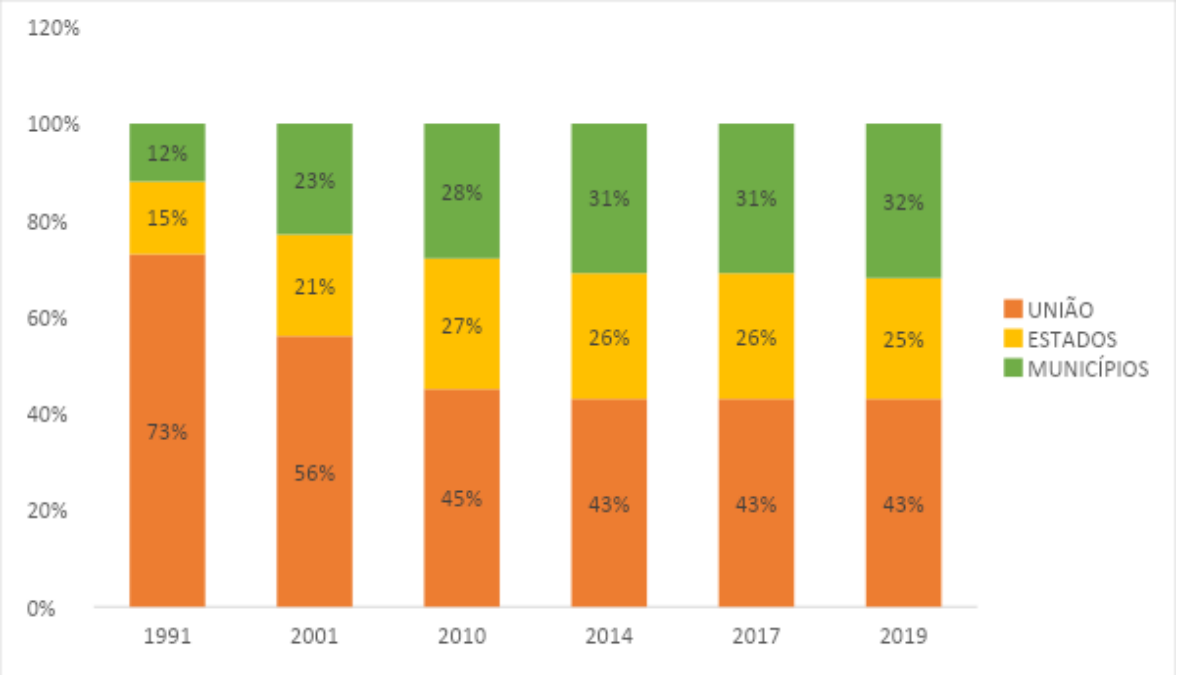
Sob o prisma de caráter privatista, os autores mencionam a metodologia de cálculo do PPB estar condicionada ao gerenciamento de cumprir as metas fixadas nas notas técnicas e voltadas aos indicadores que focalizam as vulnerabilidades socioeconômicas e o perfil etário de parte da população. Ademais, a flexibilização dos contratos, das licitações e prestações de conta com a prestação de ASPS pelas ADAPS, o que corrobora com o desmonte das políticas sociais da população brasileira.

Para Mendes e Carnut (2019), o PPB funciona como um novo modelo para acumulação de capital na área de saúde, além de causar instabilidade orçamentária às gestões locais, visto que, o financiamento da APS passa a ter maior responsabilidade dos municípios. Assim, destaca-se que o PPB, pode gerar riscos a integralidade do sistema de saúde na atenção básica dos municípios que dependem das transferências de recursos devido ao seu desenho de política de desfinanciamento do SUS.

Observa-se que a APS no SUS está sendo direcionada por propostas de reformas técnico-ideológicas seguindo a lógica de ampliar as organizações privadas na gestão e oferta de serviços de saúde, o que denota financeirização da saúde, via atenção básica.

Segundo o levantamento apresentado no gráfico 4, a pactuação do financiamento de recursos entre União, estados e municípios sofreram alterações dispostas nos marcos normativos produzidos pelo MS, o que significou numa redução das transferências federais para o SUS, saindo de 73% no ano de 1991, para 43% no ano de 2019. Os estados e municípios por sua vez, aumentaram na alocação de recursos, destacando o crescimento da participação dos municípios (12% em 1991, para 32% em 2019).

Gráfico 4 - Composição do financiamento do SUS para a União, Estados e Municípios



Fonte: PNS (2020)

Deste modo, os municípios, se deparam com a necessidade de ampliar os percentuais de aplicação de recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o que implica nas complexidades e particularidade territoriais de cada ente subnacional quanto a arrecadação tributária e receitas disponíveis. O estudo empírico de Machado (2022) sobre o PPB para a cidade de São Paulo, para o período de 2019-2021, demonstrou "efeitos negativos nas transferências de recursos federais para à APS da capital paulistana" (MACHADO, 2022, P. 102).

Ademais, o autor ressalta que a gestão pública paulistana tem ampliado cada vez mais as transferências de recursos públicos para as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) para contratação de profissionais de saúde e para gestão dos serviços do SUS, causando uma expansão do setor privado para a saúde devido à liberdade das OSSs em transitar entre o setor público (MACHADO, 2022). Neste contexto, o PPB expressa a financeirização da saúde via APS, no capitalismo contemporâneo.

4.3 As novas alterações do PPB para o ano de 2022 e projeções para 2023

O MS, através da Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, publicou novas atualizações das notas técnicas com o objetivo de apresentar as revisões dos indicadores para o pagamento por desempenho da APS revisados para o ano de 2022. Conforme disposto no documento, os indicadores são os mesmos monitorados no ano de 2021, entretanto, sofreram ajustes buscando melhorar as informações no SISAB.

A Portaria 102/2012 estabelece os indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2022 descrevendo a classificação do peso, meta e parâmetro para cada indicador do Programa Previne Brasil. A tabela 1, demonstra que os indicadores com maiores pesos (peso 2), são: (i) o indicador 3, relacionado a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizados na APS, com meta de 60%; (ii) o indicador 5, referente a proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS, com meta de 95%; (iii) o indicador 6, referente a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, com meta de 50%.

Tabela 1- Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2022, com peso, meta e parâmetros para o Programa Previne Brasil

AÇÕES ESTRATÉGICAS	INDICADOR	PARÂMETRO	META 2022	PESO
Pré-Natal	1	100%	45 %	1

	2	100%	60 %	1
	3	100%	60 %	2
Saúde da Mulher	4	>=80%	40 %	1
Saúde da Criança	5	95%	95 %	2
Doenças Crônicas	6	100%	50 %	2
	7	100%	50 %	1

Fonte: Elaboração própria, com base (BRASIL, 2022).

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2015, lançou um pacto global entre seus países membros, nomeado por Agenda 2030, estabelecendo 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) interconectados e desdobrados em metas com vistas a criar cidades inclusivas, sustentáveis e justas até o ano de 2030.

No que diz respeito à saúde, o ODS 3 consiste em assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (ONU, 2015). Com referência ao SUS, a meta 3.8 dispõe um objetivo especificamente para o Brasil.

> Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS (ONU, 2015).

Para atender ao objetivo, utilizará de dois indicadores para verificação do cumprimento da meta, a saber:

> 3.8.1 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas).
>
> 3.8.2 - Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares.

A ONU (2015) no mesmo documento descrevendo os 17 ODS e as 169 metas, reforça sobre a dificuldade na coleta, monitoramento e acesso de dados referentes à saúde brasileira para estabelecer parâmetros e monitorar indicadores, ao mesmo tempo em que o BM (2018) propõe reformas no SUS em consonância com os indicadores 3.8.1 e 3.8.2 do ODS 3. O que

também corrobora com as normatizações do PPB quanto ao peso, metas e parâmetros classificados a cada indicador do programa.

Destaca-se ainda que os indicadores do PPB referentes à pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas estão interconectados nas metas e indicadores estabelecidos para o ODS 3. Logo, o PPB tem sua fundamentação com base nos documentos produzidos não apenas no BM, mas, também na Agenda 2030 da ONU.

Dentre as alterações no PPB no ano de 2022 para o pagamento por desempenho, elenca-se ainda as transferências de recursos que estabelecia período mensal, contudo, passou a ser por quadrimestres e seguindo uma composição processual para cada indicador separadamente, conforme disposto na tabela 2.

Tabela 2 - Composição dos indicadores do Programa Previne Brasil (PPB) para transferências de recursos aos municípios por quadrimestre no ano de 2022

INDICADOR	**2022 Q1**	**2022 Q2**	**2022 Q3**	**Alterações a partir dos resultados dos quadrimestres**
1 - Gestantes com 6 consultas e início de 12 semanas	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	NT Nº 13/2022
2 - Gestantes com exames de HIV E Sífilis	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	NT Nº 14/2022
3- Gestante com atendimento odontológico	100%	RESULTADO	RESULTADO	NT Nº 15/2022
4 - Mulheres com coleta de citopatológico na APS	100%	RESULTADO	RESULTADO	NT Nº 16/2022
5 - Criança de até 1 ano com PENTA e VIP	100%	RESULTADO	RESULTADO	NT Nº 17/2022 foi alterada pela NT nº 21/2022
6 - Hipertensos com consulta e PA aferida no semestre	100%	100%	RESULTADO	NT Nº 18/2022
7 - Diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	100%	100%	RESULTADO	NT Nº 19/2022 foi alterada pela NT nº 23/2022

Fonte: Elaboração própria, a partir de BRASIL (2022).

Conforme as alterações nas notas técnicas produzidas pelo MS quanto as transferências de recursos aos municípios por quadrimestre no ano de 2022[19], obedecerá os critérios elencados na tabela 2, sendo que, no primeiro quadrimestre, o resultado compreende os indicadores 1 e 2; no segundo quadrimestre, os resultados dos indicadores 1,2,3,4 e 5; e, no último quadrimestre de 2022, o resultado dos 7 indicadores.

O quadro 9, apresentou as regras do PPB para os três critérios de financiamento da APS e o fator de correção para o ano de 2022 até o primeiro quadrimestre de 2023. Pontua-se que devido à crise sanitária ocasionada pela pandemia do vírus Covid-19, o PPB no período de 2020-2021 não obedeceu aos critérios de transferência de recursos por problemas de distanciamento social e dada a emergência no sistema de saúde brasileiro em sanar as questões relacionadas à pandemia. Assim, a metodologia de cálculo do PPB e as normas quanto ao peso, metas e parâmetros, somente passaram a ser exigidas pelo MS, a partir de 2022 seguindo a lógica descrita no quadro 9.

Quadro 9- Regramento dos Parâmetros do Programa Previne Brasil (PPB) por quadrimestre para o ano de 2022 e primeiro quadrimestre de 2023 (continua)

COMPONENTE	**2022 Q1**	**2022 Q2**	**2022 Q3**	**2023 Q1**
CAPITAÇÃO PONDERADA CADASTROS VÁLIDOS	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia
	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF
	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)

[19] O pagamento estará condicionado ao desempenho de cada município seguindo os resultados dos indicadores e com base nos critérios dispostos nas notas técnicas descritas na tabela 2.

DESEMPENHO	100% ISF (igual a dezembro/2020)	Pagamento efetivo (indicadores 1 e 2)	Pagamento efetivo (indicadores 3, 4 e 5)	Pagamento efetivo (indicadores 6 e 7)
		5 indicadores – 100% ISF (igual a dezembro/2020)	2 indicadores – 100% ISF (igual a dezembro/2020)	0 indicadores – 100% ISF (mudança finalizada)
CAPITAÇÃO PONDERADA CADASTROS VÁLIDOS	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia	Municípios com cadastros válidos < Meta potencial Ressarcimento diferença até 50% a depender do desempenho da tipologia
AÇÕES ESTRATÉGICAS	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF	Municípios com cadastros válidos > Meta potencial do cadastro e ISF>7: contabilização dos cadastros excedentes das EAP e ESF

Quadro 9 - Regramento dos Parâmetros do Programa Previne Brasil (PPB) por quadrimestre para o ano de 2022 e primeiro quadrimestre de 2023 (conclusão)

COMPONENTE	**2022 Q1**	**2022 Q2**	**2022 Q3**	**2023 Q1**
FATOR DE CORREÇÃO (VALOR DE 2019 PROJEÇÃO 2022)	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)	Incentivo financeiro com base em critério populacional: R$ 5,95/habitante (IBGE, 2019)

Fonte: Elaboração própria, a partir de BRASIL (2022).

A nota técnica nº 11/2022 dispõe que caso ocorra de um município não apresentar o quantitativo de cadastros apresentado no regramento de parâmetros (valor inferior à 85% de cadastro municipal), poderá utilizar-se da estimativa do IBGE, do cadastro municipal ou do potencial de cadastro do município (BRASIL, 2022).

Cada indicador do PPB dispõe de uma nota técnica específica disponibilizada pelo MS no SISAB e vão atender a critérios como: “disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e

representatividade dos dados utilizados no cálculo" (BRASIL, 2022). O MS atribuiu pesos diferentes (ver quadro 9) por considerar as condições de saúde da população pós-pandemia, a limitação de alguns municípios devido as disparidades regionais existentes no país ao cumprimento das metas.

Quanto aos resultados referentes ao primeiro e segundo quadrimestres para o ano de 2022, a nível Brasil, o relatório de indicadores disponibilizado pelo SISAB são apresentados no quadro 10.

Durante a busca através do SISAB, analisou-se o painel de cadastro aplicando o filtro por quadrimestre e para somente as equipes homologadas (eSF e eAP) válidas para o componente de desempenho. Analisando o peso dos indicadores e os resultados preliminares dos quadrimestres, a nível Brasil, tem-se que:

- ✔ Indicador 1 – peso 1, o Brasil não alcançou a meta de 40%
- ✔ Indicador 2 – peso 1, o Brasil superou a meta no segundo quadrimestre em 3%
- ✔ Indicador 3 – peso 2, o Brasil não alcançou a meta de 60%
- ✔ Indicador 4 – peso 1, o Brasil não alcançou a meta de 40%
- ✔ Indicador 5 – peso 2, o Brasil não alcançou a meta de 95%

Quadro 10- Composição dos indicadores do Programa Previne Brasil (PPB) em relação aos resultados até o segundo quadrimestre do ano de 2022

INDICADOR	**META A ALCANÇAR**	**2022 Q1 Pagamento por desempenho**	**2022 Q2 Pagamento por desempenho**	**2022 Q1 Relatório SISAB**	**2022 Q2 Relatório SISAB**
1-Gestantes com 6 consultas e início de 12 semanas	45%	RESULTADO	RESULTADO	**40%**	**42%**
2- Gestantes com exames de HIV E Sífilis	60%	RESULTADO	RESULTADO	**57%**	**63%**
3- Gestante com atendimento odontológico	60%	100%	RESULTADO	100%	**51%**
4 - Mulheres com coleta de citopatológico na APS	40%	100%	RESULTADO	100%	**19%**
5 - Criança de até 1 ano com PENTA e VIP	95%	100%	RESULTADO	100%	**65%**

6- Hipertensos com consulta e PA aferida no semestre	50%	100%	100%	100%	100 %
7- Diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	50%	100%	100%	100%	100 %

Fonte: Elaboração própria, a partir de BRASIL (2022); Relatório SISAB (2022).

Na análise dos indicadores ao pagamento por desempenho, apresentada no Quadro 10, observa-se que grande parte dos municípios brasileiros não alcançaram a meta para quatro dos 7 indicadores. Nota-se ainda que os indicadores relacionados a gestação e pré-natal apresentaram melhora ao longo do tempo.

Quanto ao número de cadastros, pontua-se a região Nordeste com maior número de equipes de Saúde da Família (eSF), isso porque, é a região de maior vulnerabilidade das populações residentes no território, o que representa ser a região brasileira com necessidade de regularidade na transferência do recurso federal. O estudo de Lopes *et al* (2022) sobre os cadastros no SISAB referentes ao PPB para o período de 2019-2020, evidenciou o estado da Bahia com maior crescimento no número de cadastros (7,12%), seguido por Sergipe (3,69%). Já o estado do Ceará, "não apresentou crescimento no número de cadastros mesmo após doze meses de publicação de nova Portaria de financiamento da Atenção Básica condicionada à capitação ponderada" (LOPES et al., 2022, p. 268).

Na perspectiva da captação ponderada, por meio da efetivação dos cadastros, a metodologia de cálculo do MS segue a classificação apresentada na Tabela 3, segundo a Portaria nº 2.979 de 9 de novembro de 2019:

Tabela 3- Capitação Ponderada: potencial de cadastro por município

TIPO DO MUNICÍPIO	**SAÚDE DA FAMÍLIA**	**TIPOS DE EQUIPE BÁSICA (20h)**	**ATENÇÃO BÁSICA (30h)**
1. Urbano	4.000 pessoas	4.000 pessoas	3.000 pessoas
2. Intermediário Adjacente **3. Rural Adjacente**	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
4. Intermediário remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas

5. Rural remoto			

Fonte: Elaboração a partir da Portaria n° 2.979/2019, (BRASIL, 2019).

A análise até o período do segundo quadrimestre de 2022, aponta um crescente aumento no quantitativo de cadastros, principalmente nos municípios rurais, que em estudos anteriores sobre o PPB devido as capacidades, surgia como um grande entrave estrutural para efetivação. Outro aumento considerável de cadastros a destacar, são os de indivíduos com vulnerabilidade socioeconômica. Os resultados demonstram que os municípios considerados mais vulneráveis pelo MS conseguiram atender aos incentivos da capitação ponderada. No entanto, os municípios urbanos, não conseguiram atingir o número potencial de cadastros aos cadastros efetivados, o que dificulta o monitoramento de ações e uso de dados pelo MS.

O MS, em 29 de outubro de 2022, divulgou que entre as cidades brasileiras com mais de 1000 mil habitantes, Chapecó (SC), obteve nota 8,48 no desempenho da APS no segundo quadrimestre de 2022. Segundo o MS, o Índice Sintético Final (ISF)[20] da cidade foi de 7,19, sendo 17,94% de crescimento no seu desempenho com relação ao primeiro quadrimestre de 2022. Já no primeiro quadrimestre, a cidade que se destacou com pontuação máxima (10) foi Santo Antônio do Retiro (MG), com população de 7.316 habitantes e 4 unidades de saúde da família, segundo o MS, o ISF ultrapassou a meta federal, tendo 100% de cobertura da APS.

A Portaria nº 74, publicada pelo MS em fevereiro de 2023, dispõe sobre os valores de referência do incentivo financeiro que os municípios irão receber nas 12 competências financeiras do ano de 2023 com base em critério populacional. Será disponibilizado o mesmo valor do ano de 2022, cerca de R$ 1,27 bilhão, para o componente orçamentário do PPB correspondente a capitação ponderada.

No que diz respeito aos recursos transferidos para a APS, via PPB, observou-se um aumento real, no período de 2016 a 2022. Entretanto, pontua-se que a maior parte do aumento dos recursos são de origem em emendas parlamentares. Para o mesmo período, houve um aumento marginal em valores reais nas transferências federais destinados ao custeio regular, contudo, para o financiamento da APS, houve redução na participação no total.

[20] O indicador sintético final (ISF) mensura o desempenho de cada município através do cálculo dos indicadores registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), e monitorados a cada quadrimestre. O ISF vai determinar o valor do pagamento por desempenho valendo para os repasses dos quatro meses subsequentes à aferição (Brasil, 2019), conforme o apresentado no regramento dos parâmetros do PPB (ver quadro 9), cada um dos sete indicadores possuem um parâmetro que representa a meta ideal a ser alcançada pelo município. Essas metas consistem em valores referenciados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para a APS no ano de 2022. O ISF pode variar de zero a dez, sendo que a soma total dos sete indicadores é igual a 10, e o peso é o fator de multiplicação de cada indicador. Para o indicador final, agrega-se todos os resultados ponderados dos sete indicadores e divide-se por 10.

Importante destacar que os resultados do segundo quadrimestre foram divulgados no dia 7 de outubro de 2022, sendo que, os resultados do primeiro quadrimestre foram reavaliados e disponibilizados no dia 2 de agosto de 2022. A expectativa era que os resultados finais para o último quadrimestre do ano de 2022 fossem divulgados em tempo de análises mais robustas, a nível Brasil e comparações por regiões, entretanto, os resultados não foram disponibilizados até o final desta pesquisa.

Destaca-se ainda, as limitações nesta análise do PPB, por tratar-se um programa novo com regras e parâmetros em transição, pela implementação num período de crise (pandemia Covid-19), e porque sobre o modelo de financiamento da APS, ainda em processo de transição, não foi claramente apresentado pelo atual governo como referencial a seguir em termos de cobertura e qualidade dos serviços da APS. Assim, futuros estudos sobre o PPB poderão elucidar melhor sobre os impactos do programa para o SUS e possíveis penalizações para os municípios com maior contingente populacional e menor renda per capita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da financeirização no Brasil na fase contemporânea do capitalismo vem se desenvolvendo no Brasil há mais de trinta anos sob a ótica da hegemonia do mercado privado relacionando-se com as políticas do Estado. Na saúde especificamente, a EC 95/2016 formulou-se na premissa da precariedade nos serviços do SUS a partir de documentos técnicos do Banco Mundial com propostas de reestruturação do SUS e de estabelecer parcerias com o setor privado a fim de garantir qualidade nos serviços. Observou-se que o corte de gastos públicos na saúde promoveu ampliação nos gastos privados com saúde, onerando mais as famílias brasileiras.

No que diz respeito a APS no Brasil, verificou-se o processo de construção seguindo as orientações das instituições internacionais como o BM e a OMS e cada vez mais, o SUS distanciando-se dos princípios de universalidade e integralidade no acesso à saúde da população. Os avanços na construção da APS foram sendo notados nos marcos cronológicos, entretanto, nas abordagens dos estudos empíricos sobre a política da saúde no Brasil, já sinalizavam sobre o processo da financeirização da saúde no Brasil, demonstrando o subfinanciamento crônico do SUS.

A análise da política de saúde no Brasil demonstra contradições no caráter das relações entre o Estado e o Mercado ao provocar redução de recursos públicos para o financiamento e restringir o direito universal do SUS. A política adotado pelo Estado brasileiro de incorporar a onda por estabilidade econômica tornou sua função ao papel submisso dos interesses mercantis, a exemplo disso, tem-se toda remodelagem na gestão macroeconômica condicionada às determinações dos fluxos financeiros de curto prazo e da mudança na tipologia das políticas anteriores dos governo brasileiros (OCKÉ-REIS, 2013).

Retomando como análise a criação do SUS, década de 90, para representar tais contradições na política de saúde brasileira, em contraponto com a redução de recursos para a saúde disposta na NOB/91 no período de 1990 a 1992, governo de Fernando Collor. Assim, as normatizações do SUS nascem num momento de abertura econômica ao mercado externo e influências da política neoliberal. Frisa-se que neste período o processo de privatização já era visto como alternativa para sanar a baixa qualidade nos serviços públicos de saúde, sob orientações do BM em documentos que propunha reformas no sistema de saúde (MACHADO, 2022).

O governo de Itamar Franco adota medidas políticas também baseadas nas reformas orientadas pelo BM (1991; 1993), citadas no capítulo 2, e que promoviam incentivos à

contratação da saúde privada, por meio de planos e seguros. Neste governo, ocorreu a implementação da NOB/93, a qual vai na contramão das orientações técnicas do BM ao dispor sobre ampliar as transferências federais para os municípios. Já no governo de FHC, com a nova moeda em circulação, as políticas que corroboram com a limitações orçamentárias são aguçadas o que enfraquece o financiamento do SUS, aumenta a dependência do capital internacional e as privatizações em setores sociais como a educação e a saúde (MENDES e CARNUT, 2018).

Ao longo dos governos brasileiros, inclusive os de esquerda, são adotadas medidas econômicas restritivas que fortalecem ainda mais o processo de centralização do capital (PAULANI, 2006). A autora cita ainda que os governos de Collor, Itamar, FHC e Lula deram prosseguimento às políticas macroeconômicas restritivas. Para Machado (2022, p. 30), de Collor a Bolsonaro, as políticas adotadas "direcionavam grande parcela do orçamento do fundo público para honrar os compromissos da dívida pública".

A hegemonia do capital financeiro e a drástica medida implementada na EC-95 após o golpe de 2016, possibilitou o subfinanciamento do SUS por via dos ideais neoliberalistas. Nesse ínterim, destaca-se a velocidade em que as mudanças impostas pelo governo federal no formato de alocação dos recursos públicos foram realizadas, através do considerado número de normativas produzidas no período de 2020 a 2022 que sustentam a base legal do novo modelo de financiamento da APS.

O estudo demonstrou o novo formato de financiamento da APS, as viáveis parcerias entre Estado e saúde privada e os moldes do PPB atendendo às exigências da gestão privada, o que significou a adequação da atenção básica aos interesses privatistas no SUS. Identificou-se ainda, a atuação da EC/95 no cenário de crise do capitalismo contemporâneo não apenas pelo congelamento nos gastos públicos da saúde, mas, por toda reestruturação da APS brasileira a partir do ano de 2017.

A instituição da Portaria nº 2979/2019 extinguiu toda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e implementou o Programa Previne Brasil sem o princípio da participação social preconizado pelo SUS, seguindo o caráter privatista apresenta um modelo de gestão na atenção básica e ao processo de trabalho para uma orientação individualista. Sobre a orientação individual no processo de trabalho, elencou-se a adoção de medidas impostas que enfraqueceram a ESF, como visto, a flexibilização da composição de equipes de ESF e a redução dos requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território, ao unir as atribuições ACS ao ACE.

Tais estratégias debilitam a perspectiva do território, a multidisciplinaridade, o trabalho de base comunitária e o cuidado integral, isso porque, ao flexibilizar a composição de equipes associadas ao parecer limitado da clínica que direciona a lista de serviços da CaSAPS, e não levar em consideração as distintas funções do ACS, do ACE, do médico, enfermeiro, odontólogo, vai enfraquecer todo o enfoque comunitário da atenção básica e definhar a perspectiva multiprofissional nas equipes.

A literatura referenciada sobre o PPB corrobora com a premissa de que o mercado privado está expandindo-se no campo da saúde, sendo o PPB o instrumento que facilita a privatização da APS. Quanto as avaliações favoráveis do novo modelo de financiamento para a APS, encontra-se as publicações do MS e de autores ligados ao MS que demonstram como os critérios do financiamento da APS são mais eficientes e seguros que a PNAB.

Assim, a financeirização nas interpretações aqui apresentadas parece orientar de forma principal, as mudanças nas ocupações de trabalho da APS com a flexibilização das equipes e contratos através da CaSAPS, a estagnação dos salários dos serviços contratados, redução do custo do trabalho do setor público e o enfraquecimento do poder sindical. Nesse contexto, a finaneirização vai representar um obstáculo ao desenvolvimento socioeconômico pela possibilidade de gerar estratos sociais mais desiguais e de enfraquecer a função do Estado na promoção de vida diga a todos, sem distinção, através da garantia ao acesso adequado do direito universal e integral à saúde.

Neste cenário, a implementação do PPB, como novo modelo de financiamento da APS abre espaço para questionamentos sobre sua metodologia de cálculo e redução de recursos, limitação dos sete indicadores em relação ao caráter integral e universal da saúde, e gestão baseada em metas e parâmetros sem considerar as diversidades dos municípios brasileiros. Pontua-se as evidências do fenômeno da finaneirização na APS, via PPB, seguindo a lógica de Andrade e Feres (2018) quanto aos impactos da financeirização nas estruturas sociais.

Em síntese, destaca-se que o PPB atende as orientações técnico ideológicas do BM, OMS e da ONU com base em pressupostos neoliberais, mas, que vão contra o direito constitucional à saúde no Brasil, quanto aos princípios e diretrizes do SUS. Desta maneira, sobre a ótica das três dimensões que a financeirização inter-relaciona: Estado, Sociedade e Mercado, evidencia-se a atuação do Estado junto aos interesses do mercado privado promovendo mudanças no direito à APS brasileira, através do PPB, afunilando o acesso e serviços de saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **A natureza contraditória do Estado capitalista na era na financeirização**. Estudos De Sociologia, 4, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267368930_A_natureza_contraditoria_do_Estado_capitalista_na_era_na_financeirizacao>. Acesso em: 27 set.2021.

ANDRADE, L.B.; FERES, L.P. **Financeirização e os Sentidos do Desenvolvimento:** Aspectos Teóricos e as "Reformas de Mercado" no Caso Brasileiro. 06/2018*, XXIII Encontro Nacional de Economia Política,* Vol. 1, pp.1-3, Niterói, RJ, Brasil, 2018. Disponível em:< https://sep.org.br/anais/Trabalhos%20para%20o%20site/Area%206/86.pdf>. Acesso em: 15 Jan. 2023.

ANDREAZZI, M. F. S; OCKE-REIS, C. O. **Renúncia de Arrecadação Fiscal**: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007. Disponível em:<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2007.v17n3/521-544/pt>. Acesso em: 24 Jan. 2022

_____; BRAVO, M. I. S. **Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde**. Trabalho, Educação, Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462014000300499&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 Mar. 2022

ARAUJO, A. **Mercados Soberanos**: globalização, poder e nação. 1 ed, Alfa Omega, 2001, 128p

BAHIA, L; SCHEFFER, M. TAVARES, L.R.; BRAGA, I.F. **Das empresas médicas às seguradoras internacionais**: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/vTTZd9zPqrDjHwDZMZKTnMf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 Nov. 2022

_____. **Financeirização da assistência médico-hospitalar no Governo Lula**. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 91-113.

_____. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS):** uma transição necessária, mas insuficiente. Caderno de Saúde Pública 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 Nov.2022

_____. SCHEFFER, M. Financeirização na saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 38, 2022. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csp/a/rLvdpNdKCGsNm6bjMqcPdLj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023

BANCO MUNDIAL **Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Washington/DC: Banco Mundial, 2018. Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022

_____. **Brasil**: novo desafio à saúde do adulto. Washington/DC: Banco Mundial, 1991. Disponível em: < https://documents1.worldbank.org/curated/en/133951468016254783/pdf/78070SR0SPANIS0ult0health000Spanish.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022

_____. ***Informe sobre el Desarrolo Mundial 1993****: intervir em salud*. Washington/DC: Banco Mundial, 1993. Disponível em: < https://documents1.worldbank.org/curated/en/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022

_____. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil**: uma agenda para os anos 90. Washington/DC: Banco Mundial, Relatório nº 12655-BR, 1995. Disponível em; < https://documents1.worldbank.org/curated/en/421811468239375008/pdf/126550SR0Portugese0Box96983B01PUBLIC1.pdf>. Acesso em: 08 Jul.2022.

_____. **Brasil:** governança no Sistema Único de Saúde (SUS): melhorando a qualidade do gasto público e Gestão de Recursos. Washington/DC: Banco Mundial, 2007. Disponível em:< https://documents1.worldbank.org/curated/en/616691468226447118/pdf/3660110portuguese.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

_____. **20 anos de construção do sistema de saúde do Brasil**: uma análise do Sistema Único de Saúde. Washington/DC: Banco Mundial, 2013. Disponível em: https://tinyurl.com/y2jhyg9g>. Acesso em: 10 jul. 2022.

_____. **Um ajuste justo** – Análise da eficiência e equidade do gasto público do Brasil. Washington/DC: Banco Mundial, 2017. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>. Acesso em: 10 Jul. 2022.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO – BIRD. **A política das políticas públicas**: progresso econômico e social na América Latina. Relatório 2006 David Rockefeller Center for Latin America Studies, Harvard University. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003

_____. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 20 Nov. 2021.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 20 Nov. 2021.

_____. **Portaria nº 204**, de 29 de janeiro de 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 20. Mar.2022.

_____. **Portaria nº 221**, de 17 de abril de 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 21.Mar.2022

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20. Mar.2022.

_____. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 16. Mar.2022.

_____. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 12. Nov. 2021.

_____. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 21.Mar.2022

_____. **Portaria nº 3.992**, de 28 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 12. Nov. 2021.

_____. **Decreto nº 9.723**, de 11 de março de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9723.htm>. Aceso em: 12 Nov. 2021.

_____. **Portaria nº 2.539**, de 26 de setembro de 2019. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html>. Acesso em: 20 Marc. 2022.

_____. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>. Acesso em: 11.Set.2021

_____. **Portaria nº 3.222**, de 10 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 15.Nov.2021

_____. **Portaria nº 3.510**, de 18 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.510-de-18-de-dezembro-de-2019-234334325>. Acesso em: 08.Fev.2022

_____. **Lei nº 13.958**, de 18 de dezembro de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm>. Acesso em: 13.Jan.2022

_____. **Portaria nº 99**, de 7 de fevereiro de 2020. Disponível em: <. Acesso em: 18.Jan.2022

_____. **Portaria GSM/nº 1.221**, de 15 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.221-de-15-de-junho-de-2021-326197904>. Acesso em: 13.Jan.2022

_____. **Portaria GSM/nº 102**, de 20 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>. Acesso em: 19.Mar.2022

BAUMAN, Z. **Tempos Líquidos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A construção política do Brasil**: sociedade, economia e Estado desde a Independência. São Paulo: Editora 34, 2014.

_____. **Estado, aparelho do Estado e sociedade civil**. ENAP, Brasília, 1995. Texto para discussão 4. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/523/1/4texto.pdf. Acesso em: 23 Mar.2022.

_____. **A Reforma do Estado dos anos 90**: Lógica e Mecanismos de Controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno01.pdf>. Acesso em: 04 nov.2022.

_____. **A crise da América Latina**: Consenso de Washington ou crise fiscal? Pesquisa e Planejamento Econômico, 1991: 3-23. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/bresser_-_a_crise_da_america_latina_consenso_de_washington_ou_crise_fiscal.pdf>. Acesso em: 4 nov.2022.

BRUNO, M.; CAFFÉ, R. **Indicadores macroeconômicos de financeirização**: metodologia de construção e aplicação ao caso do Brasil. In: CAFFÉ, A. R. D. (Ed.). População, espaço e sustentabilidade. 1. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Estado e financeirização no Brasil**: interdependências macroeconômicas e limites estruturais ao desenvolvimento. Economia e Sociedade, v. 26, n. SPE, p. 1025-1062, 2017.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Constituição federal anotada**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2005. p. 59

CHESNAIS, F. **Mundialização do capital, regime de acumulação predominantemente financeira e programa de ruptura com o neoliberalismo**. Redes, Santa Cruz do Sul, v.3, n.1, p.185-212, jul. 1998.

_____. **O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos.** In: CHESNAIS, F. (Org.). A finança mundializada: raízes sociais, configuração, consequências. São Paulo: Boitempo, 2005. cap.1, p.35-67.

CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. **Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 23. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7ngjNc674JpS3S4WfSK9gPb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 Nov. 2021

D'ASCENZI, L.; LIMA, L. L. **Pós-modernidade e gestão estratégica: implicações para as políticas públicas**. Revista NAU Social, v. 7, n. 13, p. 131-143, out. 2016/ abr. 2017

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. 5 ed. São Paulo: Papirus, 2002

DOWBOR, L. **A era do capital improdutivo**: Nova arquitetura do poder-dominação financeira, sequestro da democracia e destruição do planeta. Editora Autonomia Literária, 2018.

_____. **O capitalismo se desloca:** novas arquiteturas sociais. Edições Sesc: São Paulo, 2020.

EPSTEIN, G. ***The Bankers' Club and the Power of Finance. The Routledge International Handbook of Financialization***. 2020. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/339136923_The_Routledge_International_Handbook_of_Financialization>. Acesso em: 15 Nov. 2022

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins, 2008.

FUNCIA, F. R. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS:** referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Ciência & Saúde Coletiva, 2019. 24:4405-4415.

GENTIL, D. L. **Ajuste fiscal, privatização de desmantelamento da política social no Brasil**: a opção conservadora do governo Dilma Rousseff (2011-2015). Sociedade Brasileira de Economia Política, Niterói, v.46, p.12-33, jan./abr., 2017.

GUIMARÃES, R. M. **Os impactos das políticas de austeridade nas condições de saúde dos países com algum tipo de crise**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 383-388, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00117>. Acesso em: 25 Fev.2022

GUTTMANN, R. **Financialization revisited:** the rise and fall of finance-led capitalism. Economia e Sociedade, Campinas, v. 26, p. 857-877, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8652308/17943>. Acesso em: 10 Jan. 2022.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. Tradução de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. 4. ed. Loyola: São Paulo, 2010.

_____. **A loucura da razão econômica**: Marx e o capital do século XXI. São Paulo: Editorial Boitempo, 2018. 224p

HARZHEIM. E. **Previne Brasil**: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2020; 25(4):1189-1196. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n4/1189-1196/pt>. Acesso em: 15. Abr. 2022

HILFERDING, R. **Capital Financeiro**. Coleção Os Economistas. vol. 39. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

HIRATUKA, C; ROCHA, M.A; SARTI, F. **Financeirização e internacionalização no setor de serviços de saúde**: impactos sobre o Brasil. Blucher Engineering Proceedings 2016; 3:575-600.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019**. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>. Acesso em: 12 Dez. 2021

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA-IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável –ODS**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 17 set. 2022

_____. Cooperação Internacional em tempos de pandemia: relatório Cobradi, 2019-2020. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: < https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10920>. Acesso em: 17 fev. 2023

KERSTENETZKY, C. L. **O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão:** a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LAVINAS, Lena. **A financeirização da política social**: o caso brasileiro. Politika, v. 2, p. 35-51, 2015.

_____. **Na contramão da financeirização**: preservar a provisão pública no século XXI. Conjuntura Política, Niterói, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28235/2/Lena_Lavinas_financeirizacao.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2021.

_____; ARAÚJO, E; BRUNO, M. **Brasil**: vanguarda da financeirização dos emergentes? Uma análise exploratória. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017. [Texto para discussão 032]. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/TDS/2017/TD_IE_032_2017_LAVINAS_ARAÚJO_BRUNO.pdf> Acesso em: 06 Dez.2021.

LIMA, M. R. S.; ALBUQUERQUE, M. **Instituições multilaterais e governança global**: cenários de reorganização das estruturas de governança global e perspectivas do multilateralismo nas próximas décadas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

LOTTA, G. S. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

MACHADO, F. G. **A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo:** implicações do Programa Previne Brasil. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2022. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20220811052231id_/https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-09082022-133542/publico/MachadoFG_DR_R.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.munhoz

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12. Abr. 2022

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde** – Origens e diferenças conceituais. Revista APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 24 Mar. 2022

MELO, E.A; ALMEIDA, P.F; LIMA, L.D; GIOVANELLA, L. **Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil**. Saúde Debate 2019; vol. 43:137-44.

MELLO, J. **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos:** experiências recentes das políticas de redução das desigualdades. Brasília: Ipea, 2020.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, A; MARQUES, R. M. **A Dimensão do financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no contexto do SUS**. In: Souza MF, Franco MS, Mendonça

AVM, organizadores). Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. 1ed. Campinas: Saberes Editora; 2014.p. 458-517.

_____; **O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização**. Revista Ciência Saúde Coletiva, 2009; vol. 14:841-50.

_____; CARNUT, L. **Novo modelo de financiamento para qual Atenção primária à saúde?** Domingueira da Saúde 2019; (36).

MENDES, A; MELO, M.A; CARNUT. **Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde**: operacionalismo e improvisos. Cadernos de Saúde Pública [online] 2022. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHsQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set.2022.

_____; CARNUT, L; GUERRA, L.D.S. **Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate 2018. 42:224-43.

MENEZES, A.P.R; MORETTI, B; REIS, A.A.C. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública** – austeridade versus universalidade. SAÚDE DEBATE, 43, Especial 5, p. 58-70, Rio de Janeiro, dez/2019. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWPt/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023

MÉSZÁROS, I**. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Editora Boitempo,2011.

MIRANDA, A. S. **A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo**. Divulgação em Saúde para debate. RIO DE JANEIRO, v. 44, n. 127, p. 1214-1230, Out-dez 2020

MOROSINI, M. V. G; FONSECA, A. F; LIMA, L. D**. Política Nacional de Atenção Básica 2017**: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, 42:11-24.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A.F; BAPTISTA, T.W.F. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços**: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 9, e00040220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt#>. Acesso em: 18, mai. 2022.

NEMI, A; SCHRAIBER, L.B. **Luís Carlos Bresser-Pereira**: O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Gerencial do Estado dos anos de 1990. Interface (Botucatu), 2019.

NEVES T.C.C.L; MONTENEGRO, L.A.A; BITTENCOURT, S.D.A. **Produção e registro de informações em saúde no Brasil**: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38(103):756-770.

OCKÉ-REIS, C. O. **Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?** Debate em Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300012>. Acesso em: 19 Fev. 2022.

_____. **Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde**. Debate em Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, Jun.2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 Fev. 2022.

_____; SANTOS, F. P. **Mensuração dos gastos tributários em saúde – 2003-2006**. Rio de Janeiro: Ipea, 2011. 22 p. Texto para discussão 1637. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1399/1/td_1637.pdf>. Acesso em: 12 Dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório Mundial de Saúde. **Financiamento dos sistemas de saúde** - O caminho para a cobertura universal. Comunidade dos países da língua portuguesa – CPLG, Portugal, 2011.

PAULANI, L.M. **O projeto neoliberal para a sociedade brasileira:** sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J.C.F., and NEVES, L.M.W., org. Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Estado, regulação social e controle democrático**. In: BRAVO, Maria I. S.; Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2009.

PEREIRA, P. T; AFONSO, A.; ARCANJO, M; SANTOS, J. C.G. **Economia e Finanças Públicas**. 4 ed. – Lisboa: Escola Editora, 2012.

PERIM, M. C. M. **Organizações Sociais e a diretriz da complementariedade: desafios da participação social na saúde**. Curitiba: CRV, 2014.

PICKETTY. T. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014

POCHMANN, M. **Rumos da política do trabalho no Brasil**. In: Silva M, Yazbek M, organizadoras. Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo. São Paulo: Cortez; 2007. p. 10-27.

_____. **Política social na periferia do capitalismo**: a situação recente no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 12(6):1477-1489, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JsjnZjzxZZszYHDYm34RvfJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21. Jan. 2022

POLANYI, K. **A grande transformação**: as origens da nossa época. 2 ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2012.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n 58, p. 101-114, Jul, 2018.

ROMMINGER, A.E. **O Banco Mundial**: origem, funcionamento e a influência do desenvolvimento sustentável em suas políticas. Universitas – Relações Internacionais, Brasília, v.2, n.1, p.269-288, jan/jun. 2004. Disponível em: < https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/relacoesinternacionais/article/view/242/0>. Acesso em: 04 Nov. 2022.

ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. **Economia para poucos**: Impactos Sociais da Austeridade e Alternativas para o Brasil. São Paulo: Editora Autonomia Literária, 2018. 375.

RUA, M. G. **Para aprender políticas públicas: conceitos e teorias.** IGEPP: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013. Disponível em: <https://silo.tips/download/para-aprender-politicas-publicas-7>. Acesso em: 15 jan 2022.

SARAVIA, E. **Introdução à teoria da política pública**. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Org.). Políticas Públicas, Brasília: ENAP, v.1, p. 21-42, 2006.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2 ed – São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SESTELO, J. A.F.; CARDOSO, A. M.; BRAGA, I.F.; MATTOS, L.V.; ANDRIETTA, L. S. **A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI**: elementos para uma aproximação inicial. Economia e Sociedade, Campinas, v. 26, p. 1097-1126, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/8qNN5wJT68gcPWykfzJd6wg/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 24 Nov. 2022

SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional positivo**. 14. ed. rev., São Paulo: Malheiros, 1997. p. 88.

SOARES NETO, H. F. **Financeirização da pobreza no Brasil**: um estudo da inclusão dos inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal nos mercados de crédito e consumo. (Dissertação). Ilhéus: UESC, 2020. 115f.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Nota sobre nova política de financiamento da atenção primária à saúde** – Programa Previne Brasil. 28 de novembro de 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-nova-politica-de-financiamento/>. Acesso em: 17. fev. 2022

SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. **Atenção Básica à saúde no SUS**: uma herança com testamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 330-331, 2014.

SOUZA, N. O.; BORGES, J.; COLETTO, Y. C. **Legislação do SUS comentada e esquematizada**. 4 ed. Sanar Saúde: Salvador, BA, 2022

TEIXEIRA, C.F.S; PAIM, J.S. **A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil**. Saúde Debate: Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 2, p. 11-21, out 2018.

WILLIAMSON, J. **What Washington means by policy reform**. In: Latin American Adjustment how much has happened, Washington, D. C.: The Institute for International Economics, 1990. Disponível em: < https://www.piie.com/commentary/speeches-papers/what-washington-means-policy-reform>. Acesso em: 10. jan. 2023

WILLIAMSON, O. E. **Las instituciones económicas del capitalismo**. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.

_____. **Comparative economic organization**: the analysis of discrete structural alternatives. In: MECHANISMS of governance. Oxford University Press, 1996.