

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**

FELIPE SCHMIDT FORTES

**ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UMA CONJUNTURA DE
CONGELAMENTO DO GASTO SOCIAL**

**PORTO ALEGRE
2024**

FELIPE SCHMIDT FORTES

**ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UMA CONJUNTURA
DE CONGELAMENTO DO GASTO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública e Social.

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior.

PORTO ALEGRE

2024

AGRADECIMENTOS

Em especial, meu agradecimento in memoriam à minha mãe Vladis que me criou com os melhores exemplos possíveis, não pode acompanhar em vida o final desta jornada, mas mesmo quando se foi, todos os dias me inspira a seguir os passos certos.

A minha família, pai e irmãos que por toda minha vida me deram o apoio necessário.

Agradeço à minha namorada, Gabriela, pela compreensão e paciência demonstrada durante o período do projeto.

Agradeço ao meu orientador, professor Aragon, por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa.

A todos os meus professores do curso de Administração Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela excelência da qualidade de cada um.

Sou grato pelos colegas e amigos que fiz neste período, pelos ensinamentos e pela riqueza do convívio de pessoas tão diferentes.

Deixo um agradecimento especial à UFRGS como um todo, que num momento ímpar e desconhecido para todos nós, como o da Pandemia (COVID-19), soube manter o devido cuidado com seus colaboradores e alunos, principalmente sendo flexível com aqueles que trabalham e exercem dupla ou tripla jornada.

CIP - Catalogação na Publicação

Schmidt Fortes, Felipe
ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UMA
CONJUNTURA DE CONGELAMENTO DO GASTO SOCIAL / Felipe
Schmidt Fortes. -- 2024.
67 f.
Orientador: Aragon Érico Dasso Junior.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Curso de Administração Pública e
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Saúde Pública. 2. SUS. 3. Previne Brasil. 4.
Atenção Primária a Saúde APS. 5. Gerencialismo. I.
Érico Dasso Junior, Aragon, orient. II. Título.

FELIPE SCHMIDT FORTES

**ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UMA CONJUNTURA
DE CONGELAMENTO DO GASTO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública e Social.

Data da aprovação 22 // 02 // 2024

Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior

Orientador(a)

Prof. Davide Carbonai

Examinador(a)

Cláucia Piccoli Faganello

Examinador(a)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Saúde e gerencialismo no Brasil	13
2.1.1.1 Saúde como direito	14
2.1.1.2 Saúde como serviço público.....	16
2.1.1.3 Sistema Único de Saúde	17
2.1.1.4 Atenção Básica no SUS	19
2.2 Gerencialismo no Brasil	20
2.3 Reflexões intercruzadas: articulando os diálogos da Administração Pública entre princípios, desafios e perspectivas na saúde	29
3 Previne Brasil	32
3.1 Normativa do Previne Brasil	35
3.2 Previne como Política Pública de Saúde	39
3.3 Algumas considerações sobre o programa Previne Brasil	42
4 ANÁLISE DO PROGRAMA PREVINE BRASIL À LUZ DO GERENCIALISMO	45
4.1 Abordagem metodológica	47
4.2 Cruzando os dados do Piso da Atenção Básica e do Programa Previne Brasil	53
4.3 Para concluir o capítulo	59
Consideração finais	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o programa Previne Brasil instituído pelo Governo Federal pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, programa que implementou um novo modelo de financiamento da APS (Atenção Primária à Saúde), o qual altera as formas de repasse das transferências para os municípios baseado em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional. O programa supracitado cria diversas regras e metas a serem atingidas, “indicadores”, para que os repasses referentes ao financiamento da atenção básica sejam transferidos em sua totalidade aos municípios. Assim o trabalho traz como problema de pesquisa o questionamento: Em que medida a nova proposta de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil, efetivamente representa um aumento de recursos para o Sistema Único de Saúde? Para a elaboração deste trabalho a metodologia empregada constará de método hipotético dedutivo como método de abordagem; método comparado como método de procedimento; técnicas de pesquisa documental bibliográfica.

Palavras-Chave: Previne Brasil. SUS. Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

Mediante ao novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), lançado em 2019 pelo Ministério da Saúde, o Programa Previne Brasil traz uma nova forma de financiamento à APS no Brasil, baseada na capitação ponderada e avaliação de desempenho como medidas para o cálculo das transferências intergovernamentais. Este método altera o modo no qual era financiada a APS no Brasil, a qual era relativa ao número de habitantes e equipes de ESF “Estratégia de Saúde da Família” os repasses iniciam a ser realizados com base no número de pessoas cadastradas nos serviços de APS, e por indicadores de desempenho, que irão demonstrar se as metas pré-estabelecidas estão sendo atendidas.

A implantação das ESF evoluiu e foi debatida com diversos atores da sociedade progressivamente, buscando por consensos e diferentes pontos de vista, o que fez com que o processo de adequação de regras atingisse os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Distintamente do modelo que será abordado, o Programa Previne Brasil, o qual não teve a participação social presente como no modelo anterior.

Apresentado por Erno Harzhein no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em julho de 2019, o novo modelo de financiamento das APS se baseia em experiências internacionais para suprir um déficit da Atenção Básica, torna a maior parte do financiamento baseado no componente da capitação ponderada por vulnerabilidade socioeconômica, também utilizando o pagamento por desempenho, incentivo a ações estratégicas, que pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), contabiliza a população cadastrada e com o resultado dos indicadores provenientes dos atendimentos das equipes cadastradas no SCNES “Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, estes indicadores vêm para substituir os repasses que antes eram oriundos do PAB Variável “Piso da Atenção Básica”.

Diante do exposto, surge o seguinte problema de pesquisa: **em que medida a nova proposta de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil, efetivamente representa um aumento de recursos para o Sistema Único de Saúde?** Esse questionamento impulsiona a produção do objetivo geral, que é

analisar o Programa Previne Brasil, que altera o financiamento e sugere aumento de recursos para APS numa conjuntura de congelamento do gasto social. Esse objetivo se desdobra em três específicos:

- 1) Verificar o novo modelo de financiamento da APS, quais serão as diferenças encontradas pelos municípios, e o que as equipes na ponta terão que realizar para que estes indicadores sejam preenchidos;
- 2) Analisar o programa Previne Brasil, e seus indicadores, quais são os balizadores escolhidos pelos gestores do programa para endossar os futuros repasses financeiros;
- 3) Entender os tensionamentos que o programa Previne Brasil impôs aos municípios e suas equipes, pois com a transferência de responsabilidade de captação de dados para que gerem índices positivos nos indicadores, pode-se observar uma transferência da responsabilidade de gestores, federação e municípios para a ponta, onde as equipes irão atender a população nas Unidades de Saúde.

A Resolução nº 1, de 13 de janeiro de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais de Administração Pública, em seu art. 5º, parágrafo 1º, inciso I, define que a graduação contenha “[...] conteúdos relacionados à característica multidisciplinar da área Pública, articulando conteúdos de Administração, de Ciências Contábeis, de Ciência Política, de Economia, de Direito e de Sociologia” (BRASIL, 2014). Ainda segundo a Resolução nº 1 de 2014, em seu art. 2, inciso I e III, entre os princípios fundamentais a serem atingidos pelos cursos graduação em Administração Pública estão o “o ethos republicano e democrático como norteador de uma formação que ultrapasse a ética profissional, remetendo-se à responsabilidade pela república e à defesa do efetivo caráter público e democrático do Estado”, assim como “ a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade que garantam a multiplicidade de áreas do conhecimento em temas como política, gestão pública e gestão social [...]” (BRASIL, 2014). Logo o objetivo deste estudo está integralmente relacionado ao campo de estudos proposto na graduação da Administração Pública e Social, seja pelo viés multidisciplinar da administração pública, ou pelo caráter público do Estado.

Observando o novo modelo de financiamento da atenção básica iniciado em 2019, e agora em 2024, já com os primeiros resultados de quadrimestres passados, vejo como pertinente se debruçar sobre o programa Previne Brasil, para que ao analisá-lo seja possível entender a forma que este foi criado e pensado, com a finalidade de entender, sublinhar e analisar onde estão seus pontos críticos, seus prováveis acertos, ajustes já realizados e prováveis tensionamentos decorrentes da mudança da forma de financiamento.

Aprofundando-se no programa, é possível identificar que as equipes que atuam nas unidades de atenção básica, terão suas atividades, por exemplo, pelo número de cadastros que estas deverão fazer para fins da capitação ponderada, isso acarretará mudança nas suas rotinas, reenquadramento de suas atividades, e mudança no tempo que era despendido para atendimento das unidades familiares.

Justifica-se também o estudo nesta área devido aos questionamentos que se levantam, sobre se realmente este programa irá fornecer mais recursos à atenção básica, lembrando que o direito à saúde está no Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação e a Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000, a qual altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. O direito social à saúde, materializa-se com a entrega de determinadas utilidades concretas, como é o caso da saúde pública. Porém, apesar da grande importância do direito social à saúde, não é de forma plena e satisfatória que eles são executados pelo poder estatal, visto que, historicamente, o Brasil encontra dificuldades em materializar este direito - com a entrega de determinadas utilidades concretas - como é o caso de serviços de saúde pública.

Assim, segundo Oliveira e Costa (2015, p. 6) “a constitucionalização do Direito à Saúde na atual Carta Política possui duas características principais: o seu reconhecimento como Direito Fundamental Social e a definição dos princípios que regem a política pública de saúde”. Visto isso, para viabilizar a participação eficaz do

Estado, por meio de políticas públicas, é crucial considerar as condições objetivas e os fatores que influenciam sua implementação. Ainda segundo Oliveira e Costa (2015), os elementos financeiro e material emergem como o principal obstáculo à efetividade das políticas públicas em saúde, enquanto Sarlet (2002) destaca a limitada capacidade do Estado para dispor sobre as prestações definidas pelos Direitos Fundamentais Sociais, sendo os recursos financeiros um limitante prático à concretização desses direitos. De acordo com Sarlet (2002), embora a escassez de recursos não deva impedir a proteção de condições mínimas para uma vida digna, não se pode aceitar que a restrição financeira seja o único argumento para negligenciar as demandas associadas aos Direitos Fundamentais Sociais, especialmente o Direito à Saúde. Assim, é imperativo buscar soluções que equilibrem a limitação dos recursos públicos com o dever do Estado de efetivar os direitos sociais, promovendo a racionalização, a padronização e o estabelecimento de critérios para atender às demandas sociais de maneira eficiente.

Outro motivo que podemos citar é analisado pelo campo da Administração Pública, devido ao modelo gerencial ao qual este programa foi implantado, sem oferecer aos atores envolvidos a participação esperada no seu estudo e criação. Visto que a Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu art. 198, inciso III, destaca a participação da comunidade como diretriz nas ações e serviços públicos de saúde. Na mesma direção aponta a Lei nº 8.080/1990 – conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) – em seu art. 7º, incisos I ao XV, onde define os princípios para os serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo alguns deles: unidade, descentralização, regionalização e hierarquização, integralidade e participação da comunidade.

O estudo no segundo capítulo apresenta uma confluência entre o campo da saúde e o gerencialismo, método constituído por elementos da iniciativa privada, apresentando um diálogo sobre eficácia e eficiência do sistema de saúde, especialmente a Atenção Primária em Saúde. De todo modo, o gerencialismo é apresentado como uma abordagem que pretende transparência e eficiência na administração pública, otimizando, portanto, a organização e distribuição de recursos. Possui componentes, capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério

populacional, que são elementos da iniciativa privada, marcando a superação do modelo antes vigente na saúde, a exemplo, do Piso da Atenção Básica. Essa abordagem é fundamentada por indicadores de desempenho que mensuram quantitativamente os impactos das políticas públicas de saúde e utilizam os resultados para que os recursos sejam repassados de modo estratégico. Em contrapartida, a ênfase em resultados quantitativos põe à margem dados éticos e sociais que são efetivos na qualidade dos serviços de saúde ofertados a população. Nesse cenário, com essa roupagem gerencial, surge o Programa Previne Brasil.

Nesse sentido, no capítulo três há um exercício de diálogo envolto de políticas públicas e normativas. Isto quer dizer que o Programa Previne Brasil emerge enquanto uma política pública de saúde, com um arcabouço de diretrizes que compõe a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Essa normativa lança estratégias que otimizam, em tese, a gestão e a eficiência dos serviços de saúde, priorizando ações pertinentes a Atenção Primária em Saúde, ao passo que define metas e estabelece critérios para a distribuição de recursos financeiros.

Para que este trabalho se tornasse uma possibilidade, o capítulo quatro apresenta o cruzamento de dados entre o Piso da Atenção Básica (PAB Fixo) e o Programa Previne, que, de fato, vai além da descrição dos modelos de financiamento ou uma análise numérica. Este é um método que examina a saúde sob uma perspectiva abrangente e contextualizada, levando em conta aspectos éticos e sociais. Isto porque há uma necessidade de compreender se de fato há um grande progresso na administração pública, mesmo que se utilize recursos gerenciais. Isso se dá pelo incentivo à promoção de uma saúde pública preventiva, integral e universal. Dessa maneira, percebe-se que a análise constante representa o compromisso do Previne em se atualizar constantemente, assegurando que seus esforços estejam conforme as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Aqui serão analisados artigos que abordam o novo programa de financiamento pelo SUS da atenção básica, o Previne Brasil. Desde seu lançamento em novembro de 2019, o programa é alvo de diversas críticas da comunidade acadêmica, ora pela não participação da comunidade em sua criação, ora pelos indícios de que o programa resultaria em uma diminuição do aporte financeiro ao serviço de atenção básica à saúde. O SUS tem como seus princípios balizadores a Universalidade, Equidade e a Integralidade, ou seja, seu acesso deve ser a toda a população, de forma igualitária e que todos sejam atendidos desde as necessidades básicas, na reabilitação da saúde e agindo de forma preventiva (DOMINGOS, 2016).

2.1 Saúde e gerencialismo no Brasil

2.1.1 Saúde

Em 1947, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, ou seja, insere a condição de saúde de um indivíduo em um contexto complexo, multidimensional e variável (BVSMS, 2024). Segundo Turesso e Mélo (2023), a concepção de doença exclusivamente como um evento biológico está ultrapassada, o que torna crucial orientar a saúde pública para o âmbito comunitário, priorizando ações como saneamento, educação voltada para a higiene pessoal e estruturação dos serviços de saúde. Isso visa garantir a perpetuação de iniciativas que promovem a saúde, indo além da abordagem puramente biológica.

No complexo cenário brasileiro, a Lei nº 8.080/1990 - conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) - que “dispõe sobre às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde”, a saúde pública é vista de uma forma muito ampla e destina-se a garantir ao indivíduo e ao coletivo condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p.1). A mesma Lei nº 8.080/1990, em seu Art. 3º, define que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio

ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Assim, compreende-se que a saúde transcende sua dimensão puramente biológica, sendo uma questão intrínseca à cidadania e à justiça social, assim como sua integração nas leis, políticas públicas e decisões judiciais, evidencia a atenção voltada ao conceito de saúde. Essa abordagem engloba a busca pelo bem-estar e objetiva esclarecer os direitos e responsabilidades tanto dos cidadãos quanto dos Estados.

2.1.1.1 Saúde como direito

O Direito à Saúde é reconhecido na legislação nacional e internacional, como “um Direito Fundamental Social que deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas e ações públicas” (OLIVEIRA e COSTA, 2015, p. 4). Desta forma, nacionalmente, a Lei 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS), em seus arts. 2º e 3º, parágrafo único, define saúde como “[...] um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” e tem como fim “[...] garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990). Tal entendimento está em consonância com a Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988 e ainda vigente, a qual, no art. 196, define a saúde como um:

[...] direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O direito fundamental à saúde, originado no constitucionalismo contemporâneo, é amplamente reconhecido como um pilar dos direitos humanos, os quais, são essenciais para viabilizar outros direitos sociais, destacando-se como uma prioridade para o Ministério Público (PEREIRA *et al.*, 2019). Assim, infere-se que a saúde, enquanto Direito Fundamental Social, tem a finalidade de proporcionar às pessoas as condições materiais essenciais para que possam desfrutar integralmente dos demais Direitos.

No entanto, a prática revela desafios significativos na consolidação de novas formas de participação política e na orientação das decisões políticas em direção ao interesse público, o que influencia diretamente o fortalecimento das práticas democráticas e a efetividade da cidadania (PEREIRA *et al.*, 2019) e (OLIVEIRA; COSTA, 2015). Nos escritos de CIARLINI (2013) em sua introdução ele cita o dilema de preservar a autonomia dos cidadãos na busca pela demanda aos atendimentos de saúde, sem agravar os vínculos paternalistas já existentes entre o ente público e a sociedade ou investir em uma postura assertiva por parte dos juízes, no sentido de afirmar os direitos subjetivos constitucionais.

É inegável que a Constituição Federal, ao preconizar em seu art. 6º o “direito à saúde” como direito social, tratou de afirmá-lo como um “direito fundamental” do ser humano que, na linguagem corrente, encontra-se dimensionado como uma autêntica liberdade positiva, que foi contemplada no art. 5º, § 1º, do mesmo Texto, definindo direitos fundamentais de “segunda dimensão”, com aplicabilidade imediata (CIARLINI, 2013, p. 34).

Entende-se como direitos de segunda dimensão os Direitos Sociais Econômicos e Culturais, bem como os Coletivos ou de Coletividade, classificação decorrente de um Estado mais interventor e responsável pelos problemas sociais (BONAVIDES, 2006). O direito à saúde, portanto, está incluído nesta segunda dimensão. Para Sarlet (2002, p. 48), os direitos de segunda dimensão:

Caracterizam-se por outorgar ao indivíduo Direito a prestações sociais por parte do Estado revelando importante mudança no que diz com eficácia das liberdades constitucionais, que agora deixam o plano formal abstrato e passam para o material concreto. Os Direitos de segunda geração abrangem os Direitos à Assistência Social, à Educação, à Saúde, à Segurança, ao Trabalho dentre outros (SARLET, 2002, p. 48).

Assim, ainda como cita Sarlet (2002), o estado deve fomentar o acesso à saúde de forma imediata por se tratar de direito fundamental do homem, sendo as políticas públicas o primeiro meio para concretização e efetivação do direito à saúde. As políticas públicas desempenham um papel complementar à legislação, a qual possui uma natureza geral e abstrata, servindo como meio para aprimorá-la e dar concretude aos seus princípios e normas (OLIVEIRA; COSTA, 2015). Pode-se afirmar, ainda, que o direito social à saúde depende - além da promoção de políticas estatais - também do empenho do Estado, da regulamentação de instituições e do

emprego direto de recursos públicos, a fim de materializar o direito à saúde em serviço público de saúde (OLIVEIRA e COSTA, 2015).

2.1.1.2 Saúde como serviço público

Ao adentrar neste tema, nota-se de imediato a diversidade de conceitos sobre o que seriam serviços públicos - visto que não há um consenso doutrinário - porém todas as definições se voltam para um mesmo objetivo, a satisfação coletiva. Assim, todos os serviços devem ser prestados em função da coletividade e do usuário final, que é o "cidadão". Nesse sentido, um dos principais conceitos de serviço público é dado por Di Pietro (2008, p. 94), como sendo "toda atividade material que a lei atribui ao estado para aquisição diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público". Essas atividades geralmente envolvem a prestação de serviços essenciais, como saúde, educação, segurança pública, transporte, saneamento básico, entre outros.

Já segundo a Lei 13.460 de junho de 2017, Art. 2º, inciso II - conhecida como código de defesa do usuário de serviços públicos - serviço público está definido como uma "atividade administrativa ou de prestação direta, ou indireta de bens ou serviços à população, exercida por órgão ou entidade da administração pública" (BRASIL, 2017). Os serviços públicos prestados de forma indireta são providos por entidades delegadas pelo Estado sob forma de concessão ou permissão, previstos na Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995.

Especificamente quanto aos serviços públicos de saúde, a Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), em seu Art. 197, parágrafo único, determina que estes, são de relevância pública "cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado." Ainda segundo a CF, Art. 198, I ao III, "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III -

participação da comunidade” (BRASIL, 1988),.

Vale ressaltar que existe uma extensa variedade de leis que regulamentam o sistema, destacando-se a Lei 8.080, de 19 de dezembro de 1990, reconhecida como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que, de forma estruturante, compõem o arcabouço do sistema em nível infraconstitucional (PUC-SP, 2018).

2.1.1.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

Um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo é o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema que atende integralmente a saúde pública no Brasil, atendendo desde o paciente que precisa de uma aferição de pressão arterial na atenção básica até os mais complexos processos de internação, tratamentos cirúrgicos e transplantes, sendo integral, universal e gratuito para toda a população.

Criado pela lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 a qual “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

A criação do SUS por meio da lei nº 8080/90, Art.4º cita que o conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder Público, constituem o Sistema único de Saúde. Assim, o SUS tem sua gestão dividida entre os três entes federativos: a União, Estados e Municípios, os quais devem ser solidários e participativos. Os princípios que norteiam o SUS são a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, são descritos, segundo o Ministério da Saúde (2022), da seguinte forma:

Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em

outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos Indivíduos (BRASIL, 2022).

No tocante à participação da iniciativa privada na assistência à saúde, segundo Sevegnani (2021, p.46), esta pode ocorrer de duas formas: a) complementar, “em que há convênio ou contrato de direito público firmado com o SUS, privilegiando as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos”; b) suplementar, “na qual a assistência é prestada diretamente por operadoras de planos de saúde, sendo firmados contrato de direito privado”. Segundo a Lei 8080/1990, art. 4º, parágrafo 2º, define que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. Assim demonstrando o caráter público do SUS desde sua concepção. Conforme a Lei 8080/1990 instituições privadas podem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, por meio de contrato de convênio ou contrato de direito público, com precedência de entidade sem fins lucrativos e filantrópicas:

Em complementação à previsão da EC 124/22, nos termos da Emenda Constitucional nº 127, de 22 de dezembro de 2022, compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos referidos pisos salariais profissionais nacionais (MORAES, 2023).

Observa-se então o caráter integral, que abrange todos os cidadãos, de todas as classes, que apresentam diversas necessidades distintas, atendendo todas as necessidades que o indivíduo pode apresentar relacionada à sua saúde e outros setores que podem atuar intersetorialmente. Segundo a PUC-SP (2018), o SUS classifica a atenção da saúde, em consonâncias aos parâmetros fixados pela OMS em:

(i) Nível Primário: as Unidades Básicas de Saúde, ou Postos de

Saúde, onde se configura a porta de entrada do SUS, com ênfase em exames e consultas além da realização de procedimentos básicos como troca de curativos; (ii) Nível Secundário: abrange Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, bem como Hospitais Escolas. Nesses são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças; (iii) Nível Terciário: compreende os Hospitais de Grande Porte, mantidos pelo Poder Público ou rede privada conveniada, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida. Nesses hospitais, também podem funcionar serviços classificados como quaternários, com por exemplo, transplante de órgãos e tecidos. (PUC-SP, 2018).

2.1.1.4 Atenção Básica no SUS

A atenção básica (AB) gera uma cobertura para mais de 100 milhões de brasileiros, oferecendo promoção, prevenção e recuperação da saúde destes indivíduos. A atenção básica (AB) é a porta de entrada do cidadão ao SUS e um dos esforços para que continuamente fosse evoluída a expansão de cobertura e ampliação do seu acesso visando uma melhoria continuada foi a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), por meio deste o governo federal desenvolve ações voltadas para a melhoria e qualidade no SUS, e tem como objetivo principal fomentar a ampliação de acesso e melhoria da atenção básica, atingindo especificamente a ampliação do impacto da AB sobre condições de saúde e satisfação dos usuários, fornecer padrões de boas práticas, aumentar a efetividade na melhora das condições de saúde, promover qualidade e inovação na gestão da AB entre outras ações (BRASIL, 2015).

No estudo de DAVID; SHIMIZU; DA SILVA, 2015; REIS et al., (2019) o qual analisa o financiamento da atenção básica, o mesmo já destacava que em períodos de estagnação econômica, o Ministério da Saúde precisa optar por movimentos muito bem geridos, que resultem em resultados positivos frente a longevidade e qualidade de vida da população, visando a correta e eficaz aplicação dos dois fundos existentes até o momento, fixo e variável.

O PAB fixo representou cerca de um terço do montante de transferências federais para a atenção primária, foi criado em 1997 e alcançou cobertura integral aos municípios da Federação, tinha como intuito deixar para trás a lógica do

pagamento por produção o qual baseava o pagamento de acordo com os procedimentos realizados, estrutura que foi criticada por dar ênfase ao financiamento da doença e não dá atenção integral à saúde, privilegiando locais que possuíam estruturas robustas de serviço (Brasil, 2001).

Analisando Barbosa *et al.* (2016), este destaca que quanto maior fosse o número de estabelecimentos de saúde, maior seria a probabilidade de o administrador municipal receber mais recursos do SUS, devido ao quantitativo acumulado destas unidades.

2.2 Gerencialismo no Brasil

Desde a reforma gerencial, com início no ano de 1995, o estado brasileiro, por conseguinte, tende a priorizar a busca por metas, o que não podemos classificar como algo ruim, desde que os objetivos contratados sigam atendendo a todos. Apresentada por Bresser como a forma de assegurar mecanismos para aumento da eficácia, efetividade e eficiência da administração pública, o gerencialismo forma uma elite burocrática preparada tecnicamente e motivada, sendo encarregada também de negociações e responsabilizações perante o sistema político (CLAD, 2014).

Mas convém questionar: o que é o gerencialismo na administração pública? Com a inferência de Caiden (1991) é possível construir pensamentos que colaboram para sanar o problema existente: “o governo não pode ser uma empresa, mas pode se tornar mais empresarial” (CAIDEN, 1991, p. 88). Isto quer dizer que, ainda que estratégias de eficiência e eficácia orientadas por iniciativa privada na gestão governamental, o modelo gerencial “deve, impreterivelmente, adequar-se ao contexto político-democrático no qual está inserido o setor público” (CLAD, 1999, p. 125). Essa interiorização significativa no plano diretor estabeleceu um novo paradigma no que se refere a otimização de recursos e apurações, que são

[...] voltados para a satisfação do cidadão, fazendo ressurgir discussões sobre o tamanho do Estado, o grau de intervenção e as formas, relevando-se as questões público-privadas, daí as privatizações e as parcerias, enfim, o ideário que materializou as referidas reformas, com grande ênfase na passagem de funções públicas para novas entidades, na seara privada, com as vistas

voltadas à promoção de maior governança (CAMPELO, 2010, p. 299).

Em ideias gerais, o gerencialismo articula os métodos e técnicas das iniciativas privadas na esfera pública. Nisso, segundo o CLAD (1999), há algumas implicações: realce em indicadores de desempenho, eficiência de execução, metas concretas e *accountability*. Um ponto importante é que, embora a reforma gerencial tenha implicações positivas na administração pública, “é preciso reforçar as formas democráticas de relacionamento entre o Estado e a sociedade, aumentando o grau de *accountability* (responsabilização) do sistema” (CLAD, 1999, p. 124). Vejamos:

Foram introduzidas três iniciativas legislativas na moderna era da administração fiscal. A Lei do Setor Estatal de 1988 libertou as relações patronais do núcleo do setor estatal e criou um regime descentralizado de administração, no qual o enfoque é o desempenho para a contratação e a contabilidade voltada para os resultados. O Estatuto de Finanças Públicas de 1989 introduziu maiores

reformas na administração financeira, tais como a contabilidade por competências e a exigência da elaboração de um balanço do Estado. [...] Isso levou a outra iniciativa-chave legislativa no setor das reformas públicas – a Lei de Responsabilidade Fiscal de 1994. Essa lei foi vista como um marco na legislação. Ela estabelece uma estrutura estatutária para a condução responsável da política fiscal. [...] A lei procura reverter a tendência institucional ou política que geralmente leva ao crescimento dos gastos do governo e a déficits fiscais financeiros (RICHARDSON, 2009, p. 227).

Nesse sentido, entende-se que há um empenho na tentativa de manejar as políticas públicas de modo formativo aos cidadãos, isto é, torná-las objeto de formação para que possam ser eficientes e de qualidade otimizada. Para tanto, Campelo (2010) considera os princípios norteadores do gerencialismo, esses que se fundamentam nos fatores do “interesse público, responsabilidade (*accountability*) descentralização, participação social (capital social), transparência, honestidade, liderança e eficiência” (CAMPELO, 2010, p. 315).

Em palavras resumidas, Campelo (2010) compreende que o interesse público é avistado pelas lentes da impessoalidade dos agentes que participam dos debates e demandas. O aspecto *accountability* submete qualquer ente, órgãos e agentes públicos a fiscalização formal, “bem como ao controle de participação social, com atores importantes decorrentes de uma sociedade plural que assegure a participação e cobrança, característica decorrente de modelos democráticos”

(CAMPELO, 2010, p. 315). Vale considerar que entre o processo de reforma gerencial, o controle antes operado de forma hierárquica – agentes ou entidades da administração pública –, agora é descentralizado, permitindo a distribuição de funções e instituição do poder a outros setores, possibilitando a participação social e um controle mais estrito.

No Brasil, já poderíamos falar em gerencialismo com o Decreto-Lei nº 200/67, que realizou a Reforma Administrativa no Regime Militar, iniciado em 1964, com o objetivo específico de descentralizar a administração pública, enfatizando a figura da criação de entes estatais, como as autarquias, fundações e empresas estatais (empresas públicas e sociedades de economia mista), descentralizando o poder central e assim enaltecendo a chamada administração indireta (CAMPELO, 2010, p. 315).

Por sua vez, a participação corresponde ao *capital social*, que é primordial para aquisição de modelos específicos, cujos distintos e diversos setores do contexto social partilhem, também, de funções advindas do Estado. E isso deve ocorrer com transparência, isto é, deve existir uma “motivação das decisões, da abertura do acesso às informações, do contraditório e da aceitação da participação popular na forma e pelos meios que sejam compatíveis com um razoável nível de eficiência” (CAMPELO, 2010, p. 316). Decerto, que esse princípio se relaciona com a honestidade, cujo sentido é a imposição ao agente público à declaração de proteção ao interesse público, ainda que este tenha como consequência ônus pessoais.

Por outro lado, a liderança dos agentes públicos é inerente – e fundamental – a integração de ações direcionadas ao empreendedorismo, com o objetivo de manter relações normativas, ainda que mantendo uma distância da lógica burocrática restrita. “O fato é que a política latino-americana ainda é marcada por uma mistura de partidos fracos, clientelismo, corporativismo e lideranças personalistas” (CLAD, 1999, p. 124). Ademais, enquanto último princípio que ordena o gerencialismo, a eficiência é compreendida a partir do equilíbrio possível entre os custos e benefícios de uma determinada política pública, “procurando não manter situações custosas, ou deficitárias para os entes estatais, numa relação que com o menor custo possível possa se atingir os interesses dos cidadãos, no sentido da satisfação da demanda dos mesmos junto a iniciativa pública” (CAMPELO, 2010, p. 316).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, decorrente da retomada democrática de 1985, com a eleição do Presidente Tancredo Neves, e a posse do vice-presidente José Sarney, esse período, embora representasse uma grande vitória democrática, entretanto, foi marcado por uma paralisação das ações de gestão gerencial. Nesse período, culpava-se a alta burocracia, pelas formas conservadoras e burocráticas, pela crise do Estado, na medida em que favorecera seu crescimento excessivo. Verifica-se uma pesada máquina estatal com grande déficit público, atribuído em parte pelo gigantesco tamanho do Estado, enquanto modelo baseado nas ideias do *Welfare State*, necessitando ser repensado este modelo e ser reformado o setor público (CAMPELO, 2010, p. 317).

Este momento abre possibilidades de incorporação da lógica gerencial na administração pública, mas só é retomada na década de 90 com a Reforma do Estado, então, elaborada no Governo Fernando Henrique Cardoso. Isto ocorre por motivação gerada a partir da crise financeira do estado, influenciada pela vertente gerencial inglesa, e com princípios do modelo gerencialista americano, sendo assim a reforma brasileira foi baseada no modelo que vinha sendo construído desde a década de 1970 (ABRUCIO, 1997).

Tal mecanismo altera a forma de gestão e a cultura organizacional dos integrantes da burocracia, que poderão, inclusive, ficar mais motivados num sistema marcado pelo aumento do poder individual de decisão e da responsabilidade perante os objetivos de seu órgão público. Supõe-se que a motivação dos funcionários tenda a crescer ainda mais se comparamos sua nova inserção na administração pública gerencial com o papel que tinham no modelo burocrático-weberiano, no qual eram apenas peças de uma engrenagem ancorada em regras nem sempre claras para os que exerciam as tarefas (CLAD, 2014).

Em tempos atuais, é constatada a manutenção da gestão pública gerencial, com uma forte participação do terceiro setor. “As organizações sociais e as da sociedade civil, por exemplo, aprimoram e exigem cada vez mais resultados de melhorias sociais”, ressaltando “*accountability*, transparência dos atos desde à órbita governamental, com a procura da obtenção de resultados efetivos à sociedade como um todo” (CAMPELO, 2010, p. 319). Em contrapartida, este modo de aborda a administração pública é passível de críticas e contradição, no tocante, de modo mais específico, a sua – pouca – conformidade com a Constituição Federais e à manifestação dos direitos sociais.

Segundo Medauar (2018, p. 115), “além das normas específicas para cada

matéria ou setor, há preceitos gerais que informam amplos campos de atuação. São os princípios do direito administrativo”. Decerto que, administração pública é controlada especialmente pelo direito administrativo, mas também é atravessada por princípios jurídicos (MEDAUAR, 2018). Há dois princípios estruturantes ou supra princípios, de natureza constitucional, a serem observados: a supremacia do interesse público e a indisponibilidade do interesse público (JUNIOR; TOMPOROSKI, 2023).

Considera-se que a supremacia do interesse público assegura que o Estado buscará sempre – até última instância – o interesse coletivo, seja na produção de uma lei, seja na execução dessa (DI PIETRO, 2019). Isto quer dizer, em outras palavras, que o interesse coletivo se sobrepõe ao interesse de setores privados, bem de governo e governantes. Entende-se, portanto, segundo Junior e Tomporoski (2023), que este princípio é inerente aos objetivos do Estado, o que garante ações e decisões em equilíbrio com o bem-estar e finalidades da sociedade. O segundo princípio, a indisponibilidade do interesse público, atrela-se a ideia de que a administração pública não deve em circunstância quaisquer renunciar aos poderes e deveres articulados ao interesse público. Afinal, a administração desempenha exclusivamente a função de gestão (MEIRELLES, 2016). “Pelo princípio da indisponibilidade do interesse público, a autoridade administrativa não pode, ante nenhum pretexto, deixar de tomar providências relevantes ao atendimento do interesse público” (JUNIOR; TOMPOROSKI, 2023, p. 511).

Na introdução do plano diretor, fundamentado no gerencialismo, na administração pública, tendo como consequência impactos diretos na relação Sociedade-Estado. Dentre inúmeros impactos, as contradições com os princípios que compõem a Constituição Federal foram evidentes: a eficiência com danos a equidade (JUNIOR; TOMPOROSKI, 2023). O plano diretor, com elementos de iniciativas privadas, entende-se que o fator *indicadores de desempenho* – em nome do baixo custo – desinteressam-se pela garantia dos serviços públicos – e constitucionais –, livrando-os de uma qualidade universal merecida. Quais consequências prováveis? Alocação desigual de recursos, que marginaliza determinados grupos, contradizendo, portanto, a garantia da eficiência em nome do interesse público.

A mudança do papel do Estado nos setores econômico e social é outra tendência estrutural. Sua atuação deve estar voltada primordialmente para a área social, assegurando a universalidade dos serviços de saúde e educação, e para a criação de instrumentos que ajudem a promover o desenvolvimento econômico, garantindo as condições macroeconômicas favoráveis ao investimento privado e o aumento da competitividade sistêmica do país, por meio de políticas fortes nos setores de ciência e tecnologia e comércio exterior. A grande modificação no papel do Estado, contudo, tem de ocorrer na forma de intervenção no plano econômico e no plano político (CLAD, 1999, p. 122).

Outro ponto de extrema importância é a privatização de serviços essenciais. Compreende-se que “em termos econômicos, em vez da intervenção direta como produtor, o aparelho estatal deve concentrar suas atividades na regulação. As privatizações e a criação de agências reguladoras fazem parte deste processo” (CLAD, 1999, p. 123). Por essa via, o gerencialismo cumpre sua função, despendendo em alguns desvios de interesse público, isto é, há um forte declínio da terceirização, bem como privatização, de serviços públicos. E o que isso compete a Constituição Federal? A ruptura de direitos garantidos, que devem ser de qualidade e para todos, como saúde, educação e segurança (BRASIL, 1988), prezando, assim, pela qualidade de vida de brasileiros e brasileiras.

Na área social, o caminho é reforçar o papel do Estado como formulador e financiador das políticas públicas. Para isso, torna-se fundamental o desenvolvimento da capacidade catalisadora dos governos de atrair a comunidade, as empresas ou o terceiro setor para compartilhar a responsabilidade pela execução dos serviços públicos, principalmente os de saúde e educação básica (CLAD, 1999, p. 123).

Mas com o gerencialismo, esse ideal é incerto. Ainda que um dos pilares do gerencialismo seja a descentralização do poder, recaindo em uma participação mais democrática no social, isto é, “havendo um crescimento brutal das demandas democráticas da população, o que pode ser visto claramente no processo de descentralização política que atingiu os mais diversos países latino-americanos (CLAD, 1999, p. 124), na operação prática a participação ativa da sociedade é lançada à margem, enquanto as decisões governamentais tomam posição, recompondo uma hierarquia burocrática, antes abandonada – em tese – pelo gerencialismo. Nesse sentido, parece haver uma priorização operacional eficiente – de baixo custo – em vez de ampliar os espaços de legitimação e decisório para

demandas de cidadãos.

Béhar (2019), fundamentando-se em ferramentas gerencialistas, na dimensão subjetiva e de individualização, acentua que a meritocracia é um instrumento que “aparece diluída nas discussões sobre desempenho e sua avaliação, justiça social, reforma administrativa e do Estado, neoliberalismo, competência, produtividade, etc. e nunca de forma clara e explícita” (BARBOSA, 2010, p. 21). Desse modo, busca introduzir essa categoria no diálogo a fim de transparecer algumas relações complexas no incentivo da ferramenta, isto porque ela pode conduzir a certos favorecimentos, por consequência, desigualdades.

[...] ela é vista como desagregadora do ambiente de trabalho, pois estabelece a competição onde ela não existia. Ela é equivocada, pois troca quantidade por qualidade. Ela é injusta, porque não reconhece e retribui o trabalho de todos. Em suma, ela é uma nova forma de exploração e de estresse organizacional (BARBOSA, 2010, p. 83).

[...] implantar a meritocracia significa estabelecer metas ambiciosas para os funcionários, cobrar resultados e recompensar a realização. Espera-se, com a mudança, vencer a acomodação, reconhecer aqueles que de fato trabalham e fomentar um esforço coletivo para aumentar o desempenho. Livrar-se dos encostados e se ganhar dinheiro. Bom negócio! (WOOD JR, 2014).

Nesse sentido, considera-se, na disposição das políticas públicas, a meritocracia uma ferramenta incongruente, isto porque resulta na marginalização de determinados grupos sociais, que, por não serem reconhecidos por vias “meritocráticas”, são socialmente excluídos e na esfera pública, portanto, são igualmente impactados, isto é, a diversidade da disposição de oportunidades que visam uma perspectiva equânime é comprometida. E isso se articula ao que se entende por indicadores de desempenho.

No Brasil, o gerencialismo possui um direcionamento maior frente aos indicadores de desempenho, que estão dispostos no Sistema e-Gestor (HARZEIM, 2020). Vejamos: até 2017, segundo Schönholzer *et al.* (2023), os repasses financeiros para a Atenção Primária de Saúde eram realizados através de duas categorias do Piso da Atenção Básica (PAB): fixo (*per capita*) e PAB variável (políticas prioritárias). Com a revisão das diretrizes da APS, foi implementado o Programa Previne Brasil, “que propõe a implementação de um novo modelo de financiamento federal para o custeio da APS, por meio da avaliação de indicadores

gerados no âmbito do sistema e-SUS APS e do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB)” (SCHÖNHOLZER *et al.*, 2023, p. 2). Resumidamente,

O pagamento por desempenho é calculado de acordo com resultados alcançados em indicadores, monitorados e avaliados, no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família e de atenção primária. O modelo avalia os indicadores a cada quatro meses e aposta na melhoria e no aumento dos registros nos SIS, bem como no envio de dados para os SIS no nível federal e na transparência dos gastos públicos com a APS (SCHÖNHOLZER *et al.*, 2023, p. 2).

Esse modelo de gerenciamento, que supervaloriza a eficiência e eficácia das práticas governamentais, ao mesmo tempo – pela ótica meritocrática – reduz o processo de avaliação de políticas públicas, sem mensurar a complexidade dos desafios sociais. Por essa razão, a concentração na atenção de indicadores de desempenho – quantitativos – negligencia os aspectos qualitativos das realidades, que são também fundamentais para o exercício de produção de políticas públicas, atendendo em plenitude, portanto, direitos constitucionais. Desse modo, há um interesse de massa sociais a busca de equilíbrio, eficiência e garantia de direitos fundamentais a partir da administração pública, que deve servir a sociedade brasileira – em todas as instâncias.

No artigo de apresentação da nova política de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS), tal política cita que “Para desenvolvimento do método de pagamento foi realizado consulta da literatura nacional e internacional, além do envolvimento de gestores municipais, estaduais e federais da APS” (HARZHEIM, 2020). A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por meio de nota, se posicionou de forma crítica, salientando que o SUS desde seu início propostas sobre temas estruturantes, sempre foram postas de forma gradual e participativa, envolvendo negociações, que equacionaram os diferentes pontos de vista como no caso da Atenção Básica em Saúde, também denominada Atenção Primária à Saúde- APS). A consolidação da APS é dada como um dos mais relevantes avanços do SUS como política pública e sistema universal de saúde, sucesso este atrelado ao modelo assistencial da APS. (ABRASCO, 2019)

Nas características da reforma gerencial, ela assegura que seus mecanismos irão gerar aumento da eficácia, eficiência e efetividade da administração pública, além de tornar mais democrática a relação entre Estado e sociedade. Algumas

características deste modelo são, a profissionalização da alta burocracia como ponto de partida, a transparência, e responsabilização dos administradores perante a sociedade, pois a profissionalização não é imune a corrupção, a descentralização da execução de serviços públicos, e o controle de resultados, no qual a administração pública gerencial se baseia, diferentemente do modelo weberiano que exercia o controle passo a passo (CLAD, 2014).

Tem-se aqui uma comparação entre os modelos societal e gerencial, no qual Paula (2005) realiza uma análise comparativa destes modelos, identificando algumas variáveis essenciais para a compreensão do funcionamento e intenções políticas de cada vertente.

Quadro 1 - Comparativo da administração pública gerencial e administração pública societal

	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOCIETAL
Origem	Movimento internacional pela reforma do Estado, que se iniciou nos anos 1980 e se baseia principalmente nos modelos inglês e estadunidense	Movimentos sociais brasileiros, que tiveram início nos anos 1960 e desdobramentos nas três décadas seguintes
Projeto político	Enfatiza a eficiência administrativa e se baseia no ajuste estrutural, nas recomendações dos organismos multilaterais internacionais e no movimento gerencialista.	Enfatiza a participação social e procura estruturar um projeto político que repense o modelo de desenvolvimento brasileiro, a estrutura do aparelho de Estado e o paradigma de gestão.
Dimensões estruturais enfatizadas na gestão	Dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa	Dimensão sociopolítica
Organização administrativa do aparelho do Estado	Separação entre as atividades exclusivas e não-exclusivas do Estado nos três níveis governamentais	Não há uma proposta para a organização do aparelho do Estado e enfatiza iniciativas locais de organização e gestão pública
Abertura das instituições políticas à participação social	Participativo no nível do discurso, mas centralizador no que se refere ao processo decisório, à organização das instituições políticas e à construção de canais de participação popular	Participativo no nível das instituições, enfatizando a elaboração de estruturas e canais que viabilizem a participação popular
Abordagem de gestão	Gerencialismo: enfatiza a adaptação das recomendações gerencialistas para o setor público	Gestão social: enfatiza a elaboração de experiências de gestão focalizadas nas demandas do público-alvo, incluindo questões culturais e participativas

(Paula, 2005). Paula, v. 45, 2005

Paula (2005) considera dissensos entre a administração pública gerencial e a administração pública societal na gestão governamental: a primeira abordagem possui pilares que tem como objetivo a eficiência, descentralização organizacional e

do poder e centraliza indicadores e desempenho; a administração pública societal preza pelos aspectos da eficiência, eficácia e participação ativa da sociedade. Em contrapartida, “esse ainda é um projeto em construção, pois a aliança política que o sustenta se encontra em processo de consolidação, e a expectativa de que essa nova abordagem de gestão pública se tornasse a marca do governo federal não se concretizou” (PAULA, 2005, p. 40). Visto que um visa a meritocracia e resultados, a gerencial, ela marginalizada, por vezes, elementos éticos, sociais e democráticos, contrariando a societal, que visa uma atividade abrangente da sociedade nas decisões governamentais. Diante disso, parece caber, segundo Paula (2005), uma harmonia entre os anseios do gerencialismo e o cultivo de aspectos éticos, sociais e democráticos na gestão pública.

2.3 Reflexões intercruzadas: articulando os diálogos da Administração Pública entre princípios, desafios e perspectivas na saúde

Saúde e gerencialismo no Brasil, pontos de diálogo da seção anterior, apontam um importante entendimento sobre o direito fundamental, a saúde, e o modo de prestação desse serviço; a integração do maior sistema de saúde público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo como ocorre a transição de modelos de repasses financeiros, deixando de ser a PAB para indicadores de desempenho – marca do gerencialismo –, no que se refere, primordialmente, o programa Previne Brasil, contradizendo o modelo antes posto. Dois argumentos foram sustentados, na tentativa de introduzir, paulatinamente, o Programa Previne:

- i) Suposta “ineficiência” dos serviços em APS, considerando o grande número de usuários do SUS não cadastrados pelas equipes. Dos 50 milhões não cadastrados, 30 milhões seriam beneficiários de programas sociais, em situação de maior vulnerabilidade; ii) Baixa valorização do componente de desempenho das equipes, tendo em vista serem as transferências federais aos entes subnacionais majoritariamente calculadas com base em critérios populacionais (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, p. 37830).

Percebe-se, então, nessas argumentações a influência do gerencialismo no programa – a partir de instrumentos da iniciativa privada, como descentralização, eficiência e *accountability*. A abordagem do gerencialismo se contrapõe ao direito fundamental instituído pela Constituição Federal, que é a saúde, isto porque há uma um interesse maior por indicadores de desempenho e cumprimento de metas, que

podem ser quantificadas, assim, comprimindo possibilidades de políticas equânimes a partir da gestão pública, especialmente na prestação de serviços através do Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal Brasileira concebe a saúde como um direito fundamental social (art. 6º, CF/88) e que é assegurado a partir de políticas públicas, sendo assim um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado. O SUS – prescrito na Lei 8.080/90 –, enquanto “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos, sem a exclusão da iniciativa privada” (CARVALHO, 2003, p. 17), possibilita um acesso de todos de modo gratuito e igualitário. Em contrapartida, a implementação da abordagem gerencialista na saúde fez emergir obstáculos e dissensos.

Nesse sentido, a Atenção Primária de Saúde, estrutura fundamental do Sistema Único de Saúde, é impactada, certamente, por instrumentos gerenciais de iniciativas privadas. Trata-se de incorporar indicadores quantitativos, a descentralização das decisões e organizacional e a ênfase na eficiência, produzindo uma centralização em números, ao passo que marginaliza aspectos sociais e éticos enquanto indicadores de qualidade da saúde pública. Desse modo, há um impacto imensurável no atendimento na Atenção Básica, que é instância fundamental para acompanhamento, prevenção e promoção da saúde equânime.

Com o advento do gerencialismo na saúde, o programa Previner Brasil é implementado com o objetivo de melhorar os processos de gestão relacionados a administração pública, especialmente na Atenção Básica. Isto é, “estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2019), vinculando o pagamento ao desempenho e os recursos a metas determinadas, o que produz contexto para a acentuação de prioridade a ações “quantificáveis”, contrapondo-se a estratégias integradas.

Mas não se deve perder de vista a proposição principal do Previner Brasil: atendimento a sociedade, de modo universal e equânime, configurando-se, portanto, enquanto política pública. Desse modo, ainda que seja um instrumento gerencialista, há de existir uma harmonia com os princípios da saúde descritos na Constituição Federal, direito de todos e serviço público igualitário. A questão é que o êxito do

programa Previne Brasil reside na conciliação de elementos da eficiência do gerencialismo com o benefício do aspecto universal e equânime nos serviços de Atenção Primária em Saúde. Assim, em tese, o Previne Brasil deveria buscar “sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem” (HARZEIM, 2020, p. 1189) – argumento sustentado pelo Secretário primeiro Secretário Nacional de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, em tempos de convencimento de implementação do programa.

Por fim, a seção que alimenta o diálogo entre saúde, gerencialismo e políticas públicas, o Previne Brasil, a exemplo, apresentou a importância da harmonia entre os instrumentos da iniciativa privada – abordagem gerencial – e a preservação dos direitos fundamentais de modo igualitário e universal dos serviços de saúde na Atenção Primária. Ainda que seja incontornável a ferramenta gerencial nas políticas públicas, é dever do Estado garantir o direito fundamental descrito em lei, ao passo que também cria novas ferramentas visando a eficiência quantitativa frente aos valores sociais e éticos, contribuindo a sociedade com um SUS articulado aos princípios tecidos na constituição.

3 PREVINE BRASIL

A Atenção Primária à Saúde, popularmente conhecida como Atenção Básica, – fundamentada a partir dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica – corresponde ao centro do Sistema Único de Saúde, representando, portanto, o “primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população” (PORTELA, 2017, 256). De acordo com o autor, a APS desempenha uma funcionalidade que conjuga práticas voltadas ao indivíduo, bem como ações coletivas, mas ambas com o mesmo objetivo: acesso, prevenção, tratamento e vigilância em saúde para todos e com qualidade, “por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017), garantido os serviços de saúde a todos da população, de acordo com o Art. 2º da Portaria nº 2.436/2017. Os incisos desse artigo asseguram que

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017).

Sabe-se que diretrizes são normas que devem ser incorporadas a fim de padronizar a organização na Atenção Primária. Dentre essas diretrizes, encontra-se a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que no âmbito da regionalização é o modelo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no qual possui a Atenção Primária enquanto primeira instância de entrada prioritária ao sistema (MENDES, 2011), atuando na coordenação do cuidado e organização das Redes,

com a intenção de integralizar o cuidado. Afinal, “a integralidade é alcançada quando as redes de atenção atendem às necessidades de saúde da população adscrita, preservando sua autonomia” (BRANCO, s.a., p. 2).

No processo de reavaliação de normativas, nesse caso, o modelo de financiamento vigente, surge uma nova portaria com estratégias de melhoramento na administração pública, sendo apresentado como programa Previne Brasil, através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, propondo uma abordagem gerencial para a Atenção Primária em Saúde no SUS. Segundo Costa, Silva e Jatobá (2022), esse programa modifica a diretriz de pagamento da Atenção Primária à Saúde, realizando transferências para os municípios a partir dos componentes de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O pagamento relativo à capitação ponderada é por desempenho de um conjunto de 21 indicadores e incentivos a ações estratégicas (HARZHEIM, 2020). Harzeim (2020) identifica o inegável avanço que a APS por meio da Estratégia da Saúde da Família conquistou nos seus 25 anos de construção, tais como diminuição de mortalidade infantil, mortalidade evitável, queda em internações e outros avanços.

Harzheim (2020) apresenta o novo modelo como construído por mais de 60 pessoas com vínculo à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério das Saúde, com apoio da Universidade de Harvard, Banco Mundial, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde foram revistos tipos de repasses, revista literatura nacional e internacional onde foi apontado um modelo misto de financiamento da APS, baseado em capitação ponderada, com pagamento por desempenho e incentivos em ações estratégicas, concomitante a um aumento de orçamento de 11%, equivalente a R\$ 2 bilhões.

A nova proposta de financiamento, o programa Previne Brasil, elabora a estratégia de desempenho das equipes de saúde e a quantidade de pessoas que se apresentam cadastradas a fim de superar a “baixa valorização do componente de desempenho das equipes, tendo em vista serem as transferências federais aos entes subnacionais majoritariamente calculadas com base em critérios populacionais” (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, p. 3783). Os autores ainda conferem ao programa um fortalecimento de relação profissional de saúde-paciente,

que evidencia o caráter integral e personalizado da nova abordagem. Para além disso, há uma ampliação da centralização do repasse federal para municípios e estados de modo, mas atendendo o aspecto de descentralização – de recurso e organizacional – do programa.

O Previne Brasil aporta uma mudança mais radical. Extingue o PAB fixo – única transferência intergovernamental em saúde com base populacional – o que implica [...] o fim do financiamento universal da atenção básica. Os critérios que passam a orientar a nova política de financiamento são: a capitação ponderada; o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 9).

Ainda de acordo com Morosini, Fonseca e Baptista (2020), o programa tem como objetivo conciliar um equilíbrio entre o vínculo profissional de saúde-paciente, representando o cuidado centrado no paciente, e valores financeiros a partir do desempenho. Isto é, por mais que se exija eficiência, a promoção do cuidado com a população deve ser garantida. Ou seja, “tal modelo não pode perder de vista a perspectiva da construção da igualdade de direitos e a universalidade”, aspectos que “deveriam guiar as políticas de gestão do SUS e, em particular, o papel redistributivo do financiamento federal. Sem esse horizonte, orientar-se pelas vulnerabilidades sociais afasta-se da equidade e transmuta-se em focalização e restrição de direitos” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 9).

Em linhas gerais, o programa Previne Brasil é uma nova ferramenta de gerenciamento que centra sua energia na Atenção Primária à Saúde, construindo ressalvas sobre as questões relacionadas as modificações demográficas e epidemiológicas. Isso coloca em evidência a Estratégia Saúde da Família, âmbito que compõe essa ferramenta, alocando a família no centro do cuidado, e isso, por consequência, considera um cuidado mais contextualizado, isto é, direcionado ao território, aspectos de vida e moradia dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde públicos.

Decerto, modelos de formatação de repasses e pagamento são temas recorrentes na saúde global, o que é necessário analisar também é a heterogeneidade dos 5.570 municípios da federação, que oferecem diversos padrões de atividades das ESF. Para Massuda (2020), a nova política trará impactos ao SUS que necessitam ser monitorados, reafirmando um compromisso com a

promoção de políticas públicas de saúde que vise a integralidade e alinhamento com as demandas da sociedade. Desse modo, o Previne Brasil, com os princípios de descentralização e incentivos de desempenho, mostra-se uma ferramenta importante frente a pluralidade de populações, portanto, ser eficiente e personalizado no cuidado.

3.1 Normativa do Previne Brasil

Dentro desse complexo de ordenamentos, as normativas cumprem o papel de regulamentar, organizar e assegurar índices relevantes de qualidade nos serviços de saúde, além disso podem produzir e implementar diretrizes que irão alinhar a prática profissional, institucional e demais autores no âmbito da saúde. Essas normativas têm suas origens em instâncias governamentais, agências reguladoras e conselhos profissionais – como o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem –, abrangendo questões referentes a protocolos clínicos à regimentos administrativos.

A Constituição Federal define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A inclusão da saúde no texto constitucional gerou um conjunto de leis voltadas à organização e implementação do Sistema Único de Saúde, a “Lei Orgânica da Saúde”, além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde. Esse arcabouço legal do SUS deve ser de conhecimento dos gestores do sistema e este livro representa um esforço do CONASS de oferecer um instrumento para utilização nos momentos em que a consulta às normas se faz necessária (BRASIL, 2003, p. 16).

No escopo da administração pública, diversos documentos oficiais, como decretos e portarias, são utilizados como marcos instrutores – alinhados a princípios éticos, legais e científicos – para estabelecer uma normatização dos processos que estão associados à gestão, uso de recursos e ordenados dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde, a exemplo. Isto quer que toda estrutura organizacional de um sistema, nesse caso o da saúde, fundamentado em normativas, pode favorecer um sistema eficiente e asseverado enquanto responsabilização da gestão.

Essas normativas são revisitadas de acordo com a demanda do sistema a fim de proporcionar melhorias na qualidade da saúde, bem como eficiência e bem-estar

da sociedade. Um marco desse processo de revisão, portanto, reorganização da administração pública na saúde ocorre na Atenção Primária à Saúde. O grande número de Unidades de Saúde caracteriza aquilo que chamamos de APS (HARZEIM *et al.*, 2020), e até 2019 tinha um arranjo organizacional mais heterogêneo e o modelo de financiamento que possuía dificuldade e “apresentava limitações quanto à capacidade de induzir respostas primordiais aos desafios do sistema e da APS, tais como a efetivação do acesso e a produção de melhores resultados em saúde” (HARZEIM *et al.*, 2020, p. 5).

Ao longo de 2019, as bases para uma reforma da Atenção Primária à Saúde em nível nacional foram identificadas pelo Ministério da Saúde e uma série de mudanças foram propostas, discutidas e realizadas, para que, a partir de 2020, o Brasil pudesse ter um arcabouço federal e o seguimento de sua implementação (HARZEIM *et al.*, 2020, p. 5).

Assim, na pretensão de mitigar os problemas da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, identificaram algumas fragilidades emergenciais e, para cada qual, foi estabelecida uma estratégia de superação (Quadro 1).

Quadro 1 – Atenção Primária à Saúde no SUS: desafios e estratégias para enfrentamento

#	Desafios	Estratégia/Programas propostos
1	Falta de priorização política real da APS.	Criação da Secretaria [Nacional] de Atenção Primária à Saúde (SAPS).
2	Financiamento da APS insuficiente e focado na estrutura de serviços.	Programa “Previne Brasil”: reforma do financiamento da APS.
3	Obstáculos ao acesso de primeiro contato.	Programa “Saúde na Hora”: reforma do acesso na APS.
4	Insuficiência de profissionais qualificados.	Programa “Médicos pelo Brasil” (MPB): provimento e formação de Médicos de Família e Comunidade e incentivos financeiros às residências profissionais em APS.
5	Maior informatização da APS e ausência de integração de dados clínicos.	Conecte-SUS e Informatiza-APS: informatização e integração de dados clínicos.
6	Fragilidade clínica e necessidade de ampliação do escopo profissional.	Fortalecimento da clínica e ampliação do escopo profissional: Carteira de Serviços da APS, Linhas de Cuidado, Protocolos Clínicos de Enfermagem.
7	Ausência de informação de qualidade para tomada de decisão clínica e gerencial.	Produção de informação de qualidade para tomada de decisão clínica e gerencial.

Fonte: Harzeim *et al.*, (2020).

Entende-se, portanto, que antigas normativas foram revisitadas e modificadas e novas normativas foram apresentadas a fim de sanarem carências na saúde pública. Desse modo, o Programa Previne, enquanto reforma de financiamento da APS, emerge sobre a ideia de substituir o modelo vigente: o PAB, que

[...] era composto em parte por uma parcela fixa, calculada a partir do tamanho populacional do município, o chamado “PAB fixo”. Este recurso, superior a R\$4 bilhões anuais, é repassado sem nenhuma exigência auditável de contrapartida do município, uma vez que não havia registro da vinculação de pessoa a pessoa e nem critério de homogeneidade na fiscalização de sua aplicação na APS pelos

órgãos de controle. O segundo componente do modelo de financiamento até então vigente era o chamado “PAB variável”, um *pout-pourri* de incentivos financeiros repassados de acordo com o credenciamento e mínima atividade dos mais diversos tipos de equipes de ESF, Consultório na Rua, equipes prisionais, etc. (HARZEIM *et al.*, 2020, p. 5).

De acordo com o Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde (2021), como alternativa de modelo para corrigir o financiamento insuficiente e destinar de investimento aumento à APS, o Programa Previne, consolidado através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, “estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2019). Desse modo, para garantir uma organização que supere as problemáticas e garanta recursos para APS, em 2019 foi construída uma Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para que fosse elaborado um modelo de financiamento de custeio para a APS, instituindo o Programa Previne Brasil.

O foco desse programa é estruturar o modelo de financiamento da APS para induzir ao acesso aos serviços, a cobertura efetiva de APS e o aumento da qualidade da assistência, com foco no resultado dos indicadores de saúde e no atendimento às necessidades de saúde das pessoas. No âmbito da gestão municipal, esse modelo de financiamento oportunizou a flexibilidade na gestão dos recursos da APS, possibilitando adequar a capacidade instalada e a abrangência das ofertas dos serviços da APS às necessidades de saúde da população, a partir da atuação de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2021, p. 6).

Desse modo, entende-se que a reformulação do modelo de financiamento, com normativa articulada a eficiência e o cuidado, como o programa Previne Brasil, impacta diretamente no modelo de atenção que é praticado. Isto é, o cuidado é centrado na pessoa “com base nos atributos essenciais (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados da APS (orientação familiar e comunitária e a competência cultural)” (BRASIL, 2021, p. 6).

O Programa Previne Brasil organiza um modo misto de custeio da Atenção Primária à Saúde, que tem como abordagem fundamental o gerencialismo, isto é, é um instrumento que está relacionado a ferramentas da iniciativa privada. Desse modo, segundo o Art. 9º da Portaria nº 2.979/2019, constitui alguns componentes, ante o financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde: 1) capitação ponderada; 2) pagamento por desempenho; e 3) incentivo para ações estratégicas.

Em primeira definição, o elemento capitação ponderada “está correlacionado às características territoriais e epidemiológicas além da condição de vulnerabilidade social de uma pessoa”, isto porque “pretende estimular o mapeamento da população presente no território, tornando-a adscrita à sua unidade de referência, com vistas a qualificar o vínculo entre usuários e as equipes de saúde a partir desse olhar” (BRASIL, 2021, p. 8). Ou seja, é estipulado um valor anual que corresponde a uma pessoa que está sob a responsabilidade da Atenção Primária, bem como há uma ponderação associada ao processo de adoecimento, por exemplo, cidades menores e distantes da metrópole recebem valores maiores quando comparadas a cidades intermediárias (HARZEIM *et al.*, 2020).

O componente pagamento por desempenho é constituído por vinte e um indicadores de saúde – abordam saúde infantil, saúde da mulher, condições crônicas, saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis e interações sensíveis à atenção primária – e indicadores globais da qualidade da APS – fidelização das pessoas às equipes, *Net Promoter Score*; qualidade da relação médico-paciente, “PDQR9” e presença e extensão dos atributos APS, “PCATool-Brasil” – com monitoramento mensal (HARZEIM *et al.*, 2020). Desse modo, compreende-se que “os indicadores atendem ainda a critérios técnicos, como a disponibilidade da informação, sua viabilidade, o baixo custo de obtenção dos dados, a adaptabilidade e estabilidade das diferentes granularidades”, como também “a rastreabilidade e a representatividade das informações” (BRASIL, 2021, p. 23).

Esses são fatores que atribuem grande confiabilidade à lista de indicadores pactuada. São condições essenciais para a produção de análises objetivas e fidedignas da qualidade dos serviços de saúde no Brasil no âmbito da APS, contribuindo com um ambiente favorável para construção de intervenções mais assertivas. A lista de indicadores a serem avaliados para o Pagamento por Desempenho constitui um processo incremental e contínuo, que prevê a incorporação de novos indicadores ao longo dos anos, sendo definidos após monitoramento, avaliação e posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2021, p. 23).

Por fim, o componente dos incentivos para ações estratégicas é associado aos cuidados de populações vulneráveis, buscando atender às especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas ao passo que dá prioridades em saúde com elementos estruturais e de produção assistencial das equipes e unidades de saúde (BRASIL, 2021). De acordo com Haizeim *et al.* (2020, p. 9) “os incentivos

relacionados às populações vulneráveis incluem a população ribeirinha e amazônica, a população em situação de rua, adolescentes em medidas socioeducativas, etc.". Esses componentes – descritos na Portaria nº 2.979/2019 – remodelam o financiamento que garante melhoria na APS e um SUS centrado nas pessoas. O programa Previne Brasil apresenta-se, então, como alternativa de cuidado e gestão.

3.2 Previne Brasil como política pública de saúde

Antes que seja possível afirmar que o Programa Previne seja uma política pública, é importante considerar o que o torna uma política pública a partir da definição dessa mesma. Afinal, o que configura política? Como articular a concepção de política com a ideia de público? Ainda que pareça redundante, o termo política pública possui características próprias (SANTOS MELAZZO, 2010), afinal todo ato social é atravessado por política, mas nem todo ato é de ordem pública. Não se trata, portanto, de uma conceituação simples.

Na verdade, este conceito pode se referir ou expressar diferentes dimensões dos processos que envolvem a decisão e a intervenção do Estado sobre determinada realidade ou, ainda, incorporar mecanismos e estruturas de tomadas de decisão ou implementação de ações mais ou menos sujeitas a controles sociais e, somente isto, justificaria uma análise mais detida de seus conteúdos (SANTOS MELAZZO, 2010, p. 12).

Além disso, há dois aspectos importantes: curso de ação deliberada e espaço de lutas e busca de construção de direitos (SANTOS MELAZZO, 2010). O primeiro está relacionado às preferências, seleções e decisões, envolvendo especialmente um diálogo com finalidade de nutrir “mecanismos individuais e coletivos que envolvem sua formação, desde a fase de planejamento, passando por sua execução e, mesmo, na fase de avaliação de seus resultados” (SANTOS MELAZZO, 2010, p. 12). Por fim, há uma dimensão que politiza a discussão, que é o caráter dinâmico das políticas públicas a partir de demandas sociais, configurando-se enquanto possibilidade de construir direitos e melhoria na qualidade de vida.

[...] não mais apenas se referenciar no Estado, isto é, abrir-se para uma concepção que não coloque o Estado como único e inevitável

centro possível do debate. Ele deve incorporar a dimensão essencialmente conflitiva de interesses e grupos de interesses, próprios da dinâmica de uma sociedade marcada por lutas de classes, em um primeiro e abrangente plano de análise, mas também de lutas segmentadas por outros elementos definidores de identidades e interesses na sociedade (SANTOS MELAZZO, 2010, p. 13).

No âmbito da saúde, a política pública é garantidora de uma sociedade com níveis elevados de indivíduos saudáveis, bem como possibilita equidade no atendimento aos serviços de saúde, o que pressupõe um complexo de estratégias planejadas por instâncias governamentais a fim de asseverar e aperfeiçoar a saúde das populações. No Brasil, um exemplo marcante, em tempos recentes, na política pública de saúde é o Programa Previne Brasil, que se trata de uma determinação governamental – com ferramentas da iniciativa privada –, destacando-se enquanto uma política pública singular na dimensão da saúde pública e que “busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem” (HARZEIM, 2020, p. 1189).

O programa Previne Brasil, uma ferramenta gerencial, é fragmento dentro de um grande grupo de políticas públicas de saúde, que surge como proposta, substituindo o modelo de financiamento vigente que apresentava dificuldades e limitações no alcance e qualidade do acesso aos serviços de saúde pela população. Assim, partindo desse pressuposto de designar recursos financeiros e implantar estratégias – de gestão e cuidado centrado na pessoa – para a prevenção e tratamento de doenças, o programa Previne Brasil – ferramenta do Estado com elementos da iniciativa privada – possui uma relação com o bem-estar da sociedade brasileira, entendendo-se, desse modo, como política pública. Para tanto,

A análise das políticas públicas de saúde pauta-se em uma perspectiva que considera a importância de compreender a concepção de saúde construída pela sociedade brasileira, historicamente marcada pelo modelo curativo, centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital [...] a política social é uma conquista civilizatória. Mesmo não sendo a via de solução da desigualdade, que é intrínseca a este mundo baseado na exploração do capital sobre o trabalho, na escassez e na miséria, exige uma luta em seu favor como instrumento para minimizar as desigualdades e possibilitar a inclusão social (SARRETA, 2009, p. 132-133).

Dito isso, entre os trâmites que perpassam a formulação de uma política pública, o programa Previnde Brasil também é submetido a todas as etapas de planejamento, implementação e execução, ainda que seja orientado por aspectos gerenciais. Nesse sentido, com essa característica do gerencialismo fortemente marcante, o programa está articulado ao objetivo de promoção dos serviços de saúde, estabelecendo estratégias de superação na APS, após identificar os desafios e limites presentes nessa. Isso o aloca, decerto, no quadro de políticas públicas de saúde, embora diversos autores discordem de sua natureza gerencial:

Difundiram-se noções de racionalização de recursos e produtividade articuladas à lógica gerencialista. Instituíram-se dispositivos por meio dos quais o Estado transferiu parte dos recursos e funções ao setor privado, caso dos contratos de gestão firmados entre municípios e Organizações Sociais (OS), para oferta e gestão de serviços e da força de trabalho (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 2).

Um outro componente que salvaguarda o programa como política pública é a avaliação constante dos resultados. Entende-se, por essa perspectiva, que os dados são analisados constantemente, assim como todas as outras políticas públicas de saúde. Há um elemento novo que surge com o programa Previnde, sendo central na coleta e análise de dados: os indicadores de desempenho. O conjunto é constituído por vinte e um indicadores de saúde, dentre os quais os indicadores globais da qualidade da APS – fidelização das pessoas às equipes, *Net Promoter Score*; qualidade da relação médico-paciente, “PDQR9” e presença e extensão dos atributos APS, “PCATool-Brasil” – possuem monitoramento mensal (HARZEIM *et al.*, 2020).

A melhoria dos indicadores de desempenho está relacionada à capacidade resolutiva das equipes de APS e à abrangência das ações e serviços que ofertam. Além disso, a responsabilização dos gestores municipais acaba viabilizando iniciativas capazes de lidar com problemas de saúde mais complexos, como a incorporação de: educação continuada e treinamento dos profissionais de saúde; equipe multiprofissional abrangente e diversificada, pensada de acordo com as necessidades de saúde locais; e insumos, materiais e equipamentos em boas condições de trabalho (BRASIL, 2021, p. 39).

É importante ressaltar que as mudanças na aplicação dos indicadores de desempenho foram pactuadas pelas representações dos secretários municipais e estaduais de saúde na CIT, instância máxima de decisão do SUS (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022, p. 11).

Esses indicadores sinalizam resultados a partir de um acompanhamento

contínuo, e isso garante transparência do programa ao passo que se tornam perceptíveis as estratégias que o compõem, estando sempre alinhadas com as demandas dos usuários de serviços de saúde. Desse modo, o programa Previne Brasil adentra-se no campo de políticas públicas – tendo em vista seu objetivo e processos de formação e avaliação –, destacando-se como uma ferramenta gerencial importante do Estado para fazer cumprir com qualidade o direito fundamental descrito na constituição. Assim, o programa parece contribuir com a saúde coletiva, mostrando-se exemplo daquilo que se entende por políticas públicas no âmbito da saúde.

3.3 Algumas considerações sobre o Programa Previne Brasil

Como já dito anteriormente, a Atenção Primária à Saúde possui uma centralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja atividade é prestar serviços de saúde a indivíduos e ao coletivo. Para tanto, foi necessário construir diretrizes – conjunto de normas – para que a APS tivesse uma organização, eficiência e qualidade padrões, que, inicialmente, era norteada a partir da Portaria nº 4.279/2010, na qual possui o ordenamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo Nakata *et al.* (2020),

No Brasil, o conceito de RAS, sob a ótica organizativa de sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais, passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, integrando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão.^{8,9} Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010¹⁰ e do Decreto nº 7.508/2011¹¹ é disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização (NAKATA *et al.*, 2020, p. 2).

As redes de Atenção à Saúde possuem a APS como porta de entrada para o SUS, o que reitera seu objetivo de coordenar o cuidado e integralizar as estratégias. Para Nakata *et al.* (2020, p. 2), as expectativas é integrar todos os sistemas de saúde às Redes de Atenção à Saúde, “trabalhando de modo mais cooperativo e operacionalizado sob uma visão compartilhada, com a eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços e foco na qualidade”. A questão é que com a avaliações das normativas, na tentativa

de manter o controle e a qualidade dos serviços de saúde, algumas modificações para melhoramentos na APS vieram à tona com o Programa Previne Brasil, demarcado pela Portaria nº 2.979/2019.

A portaria institui o Programa Previne Brasil, “que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 6). Esse novo modelo é fundamentado a partir da lógica gerencial para a APS, isto é, possui estratégias de gestão de natureza privada, e que foi induzido a partir de três argumentos centrais: “atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais; alcançar os grupos mais vulneráveis; garantir custo-efetividade na política de atenção básica” (IBDEM, 2020, p. 9). Nesse último argumento, nota-se a introdução de estratégias baseadas em capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional. Esses componentes que modelam o programa surgem na tentativa de superar obstáculos do modelo anterior, que já se fazia limitado e não atendia adequadamente as demandas de cuidado das populações.

O Previne Brasil, que descentraliza os repasses financeiros, tem como objetivo alcançar níveis elevados de eficiência e um cuidado personalizado, isto é, centrado no usuário, afinal “só é possível reduzir desigualdades com ganhos reais de saúde para todos se há empenho na redução das iniquidades” (HARZEIM, 2020, p. 1190). O modo de avaliar o estreitamento da desigualdade no novo modelo de gestão ocorre a partir da introdução de indicadores de desempenho, que se concentram no Sistema e-Gestor, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde a partir de incentivos à APS. Além desse aspecto, o programa, pensado por mentes desconfortáveis com a desigualdade que emplaca alguns contextos brasileiros, destaca uma abordagem contextualizada, levando em conta os territórios, epidemiologias e aspectos sociais. Harzeim (2020, p. 1190) diz que é

[...] o caminho para a equidade no sentido individual e contextual (município). Repassar mais recursos para equipes e municípios que se responsabilizam por extremos de idade que necessitam de um maior cuidado em saúde, repassar mais recursos para populações socioeconomicamente vulneráveis e repassar mais recursos para municípios mais pobres e remotos contribui para a equidade, mantendo o princípio da universalidade. Só teremos redução de desigualdades se priorizarmos a busca da equidade. E esta,

justamente, é ofertar mais recursos àqueles que mais precisam. Quem seria adversário de uma Reforma que multiplica por até 2,6 vezes o custeio da Atenção Primária para aquelas pessoas e municípios que mais necessitam? (HARZEIM, 2020, p. 1190).

A integração do Programa Previne Brasil se concretiza enquanto uma política pública, para além de uma nova abordagem da administração pública na saúde. Dentre alguns aspectos apresentados na seção “Previne Brasil como política pública de saúde”, o programa se enquadra em política pública devido a promoção de espaços para a participação de diversos atores sociais e garantia de direitos – ainda que em tese, pois há contradições frente a constituição – e avaliação contínua dos resultados obtidos a partir dos indicadores de desempenho. E isso é coletado

Pelo Sistema e-Gestor, estão disponíveis as informações de cadastro de cada município e de cada equipe, com a identificação individual de todas as pessoas cadastradas, assim como os indicadores de saúde que servirão para balizar o pagamento por desempenho. Esses dados estão disponíveis e transparentes em nível nacional, regional e estadual para todos os cidadãos. Massuda afirma que a capitação ponderada coloca em risco a universalidade (HARZEIM, 2020, p. 1189).

Ainda que o Previne Brasil possua uma natureza gerencial, e criticada por essa razão, afinal visa, sobretudo, eficiência a partir de dados quantitativos, ele ainda possui a característica de política pública de saúde, já que sua administração é manejada pelo Estado e por assegurar acesso a saúde coletiva e universal, além de outros aspectos acima mencionados. Nesse sentido, o Programa Previne Brasil parece demonstrar a face de um avanço nas políticas de Atenção Primária à Saúde, sendo um instrumento que possui o objetivo de transcender a situação atual da saúde para um quadro de melhorias, destacando, portanto, a necessária reiteração de uma saúde equânime, integral e de qualidade para todos os usuários dos serviços. Com essa conquista de modo amplo, o programa pode garantir, de fato, eficiência, ao passo que atende a sociedade considerando aspectos éticos, sociais e econômicos.

4 ANÁLISE DO PROGRAMA PREVINE BRASIL À LUZ DO GERENCIALISMO

A administração pública tem sido atravessada por elementos gerenciais com o objetivo de tornar os serviços públicos mais sofisticados, no quesito organizacional, eficiência e qualidade. Desse modo, o âmbito da saúde não se esquivava dessa abordagem, afinal o gerencialismo na saúde busca abranger práticas com fundamentos da iniciativa privada nas partes sensíveis do sistema de saúde. Certamente, o Sistema Único de Saúde submete-se a esse atravessamento, que promove eficiência e responsabilização – *accountability* – com sua implementação, e, com isso, a obrigatoriedade de assegurar os aspectos éticos e sociais do direito descrito à saúde na Constituição Federal..

No Brasil, já poderíamos falar em gerencialismo com o Decreto-Lei nº 200/67, que realizou a Reforma Administrativa no Regime Militar, iniciado em 1964, com o objetivo específico de descentralizar a administração pública, enfatizando a figura da criação de entes estatais, como as autarquias, fundações e empresas estatais (empresas públicas e sociedades de economia mista), descentralizando o poder central e assim enaltecendo a chamada administração indireta (CAMPELO, 2010, p. 316).

Esse decreto impulsionou a descentralização funcional, superando a rigidez burocrática na administração pública. Isto marca – histórico e conceitualmente – um importante componente do gerencialismo no Brasil, que é a própria descentralização organizacional e de poder. Há, desse modo, a responsabilização de gestores municipais, estaduais e federais dos serviços públicos, fragmentando. No âmbito da saúde, o gerencialismo induz a participação desses gestores a partir do monitoramento de indicadores de desempenho.

Esses indicadores intentam avaliar a eficiência e o impacto de programas de saúde. Trata-se de objetivos que podem ser analisados a partir de números a fim de distribuir os recursos financeiros de modo estratégico. Pode-se contar, segundo Brasil (2021), com indicadores como: 1) cobertura populacional, que compreende a proporção da população-alvo que será usuária do programa; 2) taxas de vacinação, o que inclui imunização, sendo, portanto, um importante indicador; 3) taxas de identificação e controle de doenças, nas quais serão manejadas pelo programa; 4) acesso aos serviços de saúde, que conta com o tempo para ser atendido, localização dos serviços, etc.; e 5) indicadores financeiros, monitorando os recursos

que são destinados ao programa. Em contrapartida, esses indicadores de desempenho simplificam a complexidade de serviços de saúde apresentados à população, isto porque não garantem avaliações a partir de aspectos sociais, éticos e cultural que compõem o cenário de vida dos usuários.

Dentre diversos programas de saúde, o Previne Brasil utiliza-se de elementos gerenciais para ser impulsionado, desse modo, há nele uma ênfase nos indicadores de desempenho, o que caracteriza, como já dito, a abordagem gerencialista. Esse programa introduz uma régua composta por indicadores com o objetivo de monitorar a eficiência da Atenção Primária à Saúde – porta de entrada no sistema de saúde. Essa dimensão coloca o programa passível de análise, confirmando ou não o seu aspecto positivo na administração pública. Questiona-se: como ocorreu o processo de transição de um modelo (PAB – Piso da Atenção Básica) para outro (Previne Brasil)? Quais justificativas usadas para superação do primeiro modelo? O que pode garantir o êxito do Previne Brasil frente ao PAB? Há, de fato, eficiência do Programa Previne? É possível, antes de tudo, comparar os modelos e analisar, teoricamente, o mais alinhado às demandas das populações? Além disso, em um cenário de congelamento de recursos na saúde, o Previne Brasil assegura aumento desses na Atenção Primária à Saúde?

Esses questionamentos direcionam a proposta metodológica desse estudo, que é analisar o Programa Previne Brasil que altera o financiamento e sugere aumento de recursos para APS numa conjuntura de congelamento do gasto social. Nisso, há de se 1) verificar o novo modelo de financiamento da APS, quais serão as diferenças encontradas pelos municípios, e o que as equipes na ponta terão que realizar para que estes indicadores sejam preenchidos; 2) Analisar o programa Previne Brasil, e seus indicadores, quais são os balizadores escolhidos pelos gestores do programa para endossar os futuros repasses financeiros; e 3) Entender os tensionamentos que o programa Previne Brasil impôs aos municípios e suas equipes, pois com a transferência de responsabilidade de captação de dados para que gerem índices positivos nos indicadores, pode-se observar uma transferência da responsabilidade de gestores, federação e municípios para a ponta, onde as equipes irão atender a população nas Unidades de Saúde.

Sabe-se que o Previne Brasil utiliza-se dos princípios do gerencialismo para

otimizar processos e distribuição de recurso de modo estratégico, sobretudo, para permitir uma amplitude do acesso, prevenção e tratamento na Atenção Primária à Saúde. Mas deve haver um compromisso com a singularidade de cada usuário e a experiência clínica sempre considerada, ainda que estrategicamente decisões sejam tomadas em nome da eficiência do programa.

Essa eficiência é atendida a partir de elementos como elaboração de problemas, formulação de hipóteses e análise de dados, que compõem a abordagem gerencialista (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022). Um outro fator primordial é a prestação de contas, que é incorporada pelo programa para proporcionar transparência e *accountability* dos dados apresentados pela Atenção Primária à Saúde. Desse modo, a eficiência jamais deve se sobrepor ao compromisso de garantir o acesso, prevenção e tratamento pelos usuários na APS, e isso requer compreender que o programa não está isento de obstáculos.

Por fim, o Programa Previne Brasil apresenta um panorama interessante para entender o avanço da abordagem gerencialista na administração pública e como manipulam a eficiência e *accountability* na Atenção Primária à Saúde. Desse modo, o estudo presente permite a exploração do modelo atual ao passo que o compara com o modelo antigo de gestão em saúde, buscando compreender o equilíbrio operacional e valores essenciais à saúde para o avanço e qualidade dos serviços de saúde ofertados a população brasileira.

4.1 Abordagem metodológica

Com o propósito de atingir o objetivo proposto neste projeto de pesquisa, o qual aborda o programa previne brasil e a nova forma de financiamento da atenção básica, irei adotar a abordagem qualitativa, afinal ela se propõe a trabalhar “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 23). Nesse sentido, projetam-se as possibilidades de uma produção analítica sobre a compreensão do contexto histórico, identificação de diretrizes, objetivos e estratégias, caracterização do Pisco da Atenção Básica e

Programa Previne Brasil, ao passo que os compara, permitindo um aprofundamento sobre eles e os impactos de qual no sistema de saúde.

O sistema de saúde, no contexto do Programa Previne Brasil, possui a Atenção Primária em Saúde enquanto espaço primeiro de acesso a população. Nos últimos anos, a APS tem sido submetida a modificações, estas que visam o melhoramento dos serviços de saúde que são ofertados aos usuários. Nessa perspectiva, o método comparativo, entre o modelo antigo (Piso da Atenção Básica) e o modelo vigente (Programa Previne Brasil), surge enquanto dimensão primordial para se entender criticamente aquilo que se entende por política pública direcionada às demandas da população, ao passo que se entende os aspectos de modificações, inovações e obstáculos presentes no sistema de saúde. Desse modo, o estudo emprega o método comparado. Isto quer dizer que os dados analisados se centram nos métodos de repasse de recursos à atenção básica à saúde, sendo comparados através de coleta de dados nos portais do Ministério da Saúde (Tabela 1), dos municípios e dos órgãos de apoio. Nesse entendimento, aprecia-se que o método em pauta engloba as seguintes etapas: elaboração do problema; formulação de hipóteses, por meio de dedução e teste de hipóteses, a partir de procedimentos de experimentação, análise e interpretação de dados, de modo a confirmá-las ou contestá-las (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Sobre o método de procedimento a ser utilizado para orientar o pesquisador na sua análise dos elementos relacionados ao objetivo de pesquisa, será empregado o método comparativo (GIL, 1989); O qual consiste na realização de comparações entre fenômenos, a fim de verificar semelhanças e diferenças.

Ocupando-se da explicação dos fenômenos, o método comparativo permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais. Constitui uma verdadeira "experimentação indireta". É empregado em estudos de largo alcance (desenvolvimento da sociedade capitalista) e de setores concretos (comparação de tipos específicos de eleições), assim como para estudos qualitativos (diferentes formas de governo) e quantitativos (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Na tentativa de obter resultados alinhados ao objetivo delineado, esta investigação seleciona a revisão bibliográfica enquanto instrumento de pesquisa, isto porque a partir dela é possível realizar uma análise crítica, metódica e ampla das

publicações correntes em uma determinada área do conhecimento. Nesse sentido, “a pesquisa bibliográfica possui caráter exploratório, pois permite maior familiaridade com o problema, aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições” (CONFORTO; AMARAL; SILVA, 2011, p. 1), estabelecendo pontes de diálogos entre referências teóricas já publicadas em livros, revistas, periódicos e outros.

Por essa perspectiva, o presente trabalho, a partir da revisão bibliográfica, se debruçará sobre a análise de diferentes tipos de textos acadêmicos (artigo científico, Trabalho de Conclusão de Curso e livros). Essa técnica investigativa “permite uma ampla descrição sobre o assunto, mas não esgota todas as fontes de informação, visto que sua realização não é feita por busca e análise sistemática dos dados. Sua importância está na rápida atualização dos estudos sobre a temática” (CAVALCANTE; OLIVEIRA, 2020, p. 85), possibilitando um maior enquadramento do tema a partir dos textos acadêmicos.

As técnicas de pesquisa que serão empregadas na coleta de dados são documental e a bibliográfica, estas relacionadas ao grupo da documentação indireta (LAKATOS; MARCONI, 2003). A pesquisa documental utiliza-se de materiais primários como documentos oficiais e legais, estes sem tratamento analítico (SEVERINO, 2007). No tocante à pesquisa bibliográfica esta é realizada tomando por base estudos anteriores de pesquisadores que já abordaram o determinado tema, pesquisa está desenvolvida a partir de livros, artigos científicos, teses, entre outros (SEVERINO, 2007).

Em um primeiro movimento de coleta de dados, alguns textos foram, previamente, selecionados, e isso ocorreu a partir de uma busca na plataforma Google Acadêmico com a inserção de indexadores como “gerencialismo e saúde”, “gerencialismo e previne Brasil”, “previne Brasil e políticas públicas” e “previne Brasil e Piso da Atenção Básica”. Certamente que textos diversos foram apresentados enquanto resultados de busca, dessa maneira houve a imposição de um critério de seleção: identificar, a partir de uma leitura breve, se o texto dialogava diretamente com o objetivo construído neste trabalho.

Natureza do documento	Documento
Portaria	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998; - Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.
Manual de implementação	<ul style="list-style-type: none"> - Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à saúde; - Ações para a implementação do programa Previnde Brasil: modelo de financiamento da Atenção Primária à saúde.

Fonte: elaborado pelo autor deste trabalho.

A técnica de coleta de dados a partir da análise documental tem como objetivo de apresentar um contexto histórico, bem como identificar características singulares do Programa Previnde Brasil e do Piso da Atenção Básica, a fim de compreender os pontos de intersecção e dissensos entre os modelos que firmaram a Atenção Básica em Saúde. Desse modo, a análise dos documentos oficiais em saúde – leis, portarias e manuais de implementação – direciona atenção para a compreensão das diretrizes e metas que marcaram o Piso de Atenção Básica, bem como o Programa Previnde Brasil (Tabela 2), destacando a dimensão temporal.

Tabela 2 – elementos da análise comparativa

Etapa analítica	Objetivos	Procedimentos
Revisão teórica e documental	<p>Compreender o contexto histórico da Atenção Básica em Saúde no Brasil.</p> <p>Analisar documentos oficiais para identificar diretrizes, objetivos e estratégias do Piso da</p>	<p>Realizar pesquisa bibliográfica para contextualização histórica da Atenção Básica em Saúde, explorando obras acadêmicas, artigos científicos e documentos governamentais.</p>

	Atenção Básica e do Programa Previne Brasil.	<p>Identificar e revisar documentos oficiais, como leis, portarias e manuais, relacionados ao Piso da Atenção Básica e ao Programa Previne Brasil.</p> <p>Extrair informações relevantes sobre as diretrizes, objetivos e estratégias de ambos os programas.</p>
Caracterização do Piso da Atenção Básica	<p>Identificar os principais elementos do Piso da Atenção Básica, incluindo financiamento, estratégias de atendimento e indicadores de avaliação.</p> <p>Compreender a estrutura e a implementação do Piso da Atenção Básica, destacando pontos fortes e limitações.</p>	<p>Analisar documentos específicos do Piso da Atenção Básica para extrair informações sobre seu financiamento, estratégias de atendimento e indicadores de avaliação.</p> <p>Investigar a estruturação e implementação do Piso da Atenção Básica, considerando documentos históricos, relatórios de gestão e avaliações prévias.</p> <p>Realizar uma análise crítica dos pontos fortes e limitações do Piso da Atenção Básica com base nas informações coletadas.</p>
Caracterização do Programa Previne Brasil	Realizar uma análise detalhada do Programa Previne Brasil, considerando mudanças	Examinar documentos oficiais do Programa Previne Brasil para compreender suas

	<p>nas diretrizes, financiamento e estratégias de atuação.</p> <p>Identificar inovações introduzidas pelo Previne Brasil em comparação com o modelo anterior.</p>	<p>diretrizes, objetivos e estratégias.</p> <p>Analisar alterações no financiamento do Previne Brasil em relação ao Piso da Atenção Básica.</p> <p>Identificar inovações introduzidas pelo Previne Brasil por meio da comparação com documentos do Piso da Atenção Básica.</p> <p>Contextualizar as mudanças à luz das necessidades e desafios contemporâneos na área da Atenção Básica em Saúde.</p>
--	---	---

Fonte: elaborado pelo autor deste trabalho.

Diante do exposto, ao pontuar o Piso da Atenção Básica e o Programa Previne Brasil, é possível considerar elementos primordiais que compõem o modelo de financiamento de cada qual, assim como suas estratégias de acesso e indicadores de avaliação. Nesse sentido, a análise permite compreender a estrutura de ambos modelos, identificando confluências e dissensos, bem como identificar, em ambos, elementos positivos e limitantes, apresentando, portanto, um panorama que possibilita uma análise crítica e comparativa.

Diante disso, torna-se primordial a análise intercruzada de modelos da Atenção Primária em Saúde, como o Piso da Atenção Primária e o programa Previne Brasil, que é fundamentado à luz do gerencialismo, afinal os princípios dessa metodologia impactam diretamente no programa, portanto, na população que é atendida por ele, além de influenciar nas ações que promovem a saúde. A importância da análise do programa a partir dessa perspectiva se centra na 1) possibilidade de compreender como os recursos são manejados e distribuídos na

APS e como produzem melhorias, portanto, resultados positivos; 2) entender os processos que selecionam os indicadores de desempenho e como são monitorados, bem como identificam áreas de sucesso e fragilidades; e 3) como os recursos são distribuídos e se são efetivamente alinhados com às necessidades da APS.

4.2 Cruzando os dados do Piso da Atenção Primária e do Programa Previne Brasil

Em políticas públicas, a análise de dados é etapa fundamental – e cíclica – para que se possa avaliar os impactos no social, isto quer dizer que a eficácia e eficiência são vislumbrados exclusivamente por essa via analítica. Dentro de nosso interesse investigativo, analisar o Programa Previne Brasil é fundamental, tendo em vista que pode fazer emergir diálogos que provoque o cenário da promoção da saúde e prevenção de doenças na Atenção Primária em Saúde. Nesse sentido, toma-se como movimento analítico o cruzamento de dados de dois modelos de financiamento na saúde: o Piso da Atenção Básica e o Programa Previne Brasil.

O objetivo de cruzar os dados neste estudo encontra-se no processo de identificar padrões e possíveis variáveis, na tentativa de compreender como elementos diversos que constituem os modelos de financiamento são manejados e influenciam na saúde pública. Nesse sentido, a abordagem possibilita a descoberta de modelos que, frequentemente, ficariam escondidos em análises superficiais. Tomemos como exemplo: combinar informações de características de cada modelo de financiamento é viável revelar conexões entre aspectos positivos e limitantes, levando em consideração aspectos éticos e sociais. Desse modo, o cruzamento de informações durante a análise do Piso da Atenção Básica e do Programa Previne Brasil é uma ferramenta que vai além da simples coleta e interpretação. Assim, são ordenados na tabela abaixo aspectos analíticos no processo de cruzamento de dados entre os modelos de financiamento, tendo como eixo central o marco temporal:

Tabela 3 – componentes de análise no cruzamento de dados

<p>Definição de períodos temporais específicos</p>	<p>Período de implantação do PAB</p> <p>Inicialmente, será examinado o período de implementação do antigo Piso da Atenção Básica. Isso permitirá identificar as circunstâncias iniciais, os desafios enfrentados e as expectativas associadas ao modelo anterior.</p>	<p>Transição para o PB</p> <p>Estabeleceremos claramente o momento de transição entre os dois modelos, marcando o início do Programa Previne Brasil. Esse ponto de transição é crucial para entender as mudanças imediatas introduzidas e os ajustes necessários durante a fase inicial do novo programa.</p>	<p>Períodos de estabilização</p> <p>Será dedicada uma análise ao período de estabilização, considerando os ajustes, adaptações e superação de desafios que ocorreram após a implementação do Programa Previne Brasil. Esse período é fundamental para avaliar a consolidação das práticas sob o novo modelo.</p>	<p>Avaliação de longo prazo</p> <p>A análise se estenderá até o momento presente, abrangendo o impacto de longo prazo do Programa Previne Brasil. Isso possibilitará identificar tendências sustentáveis, desafios persistentes e a eficácia contínua do novo modelo ao longo do tempo.</p>
<p>Comparação entre momentos-chave</p>	<p>Avaliação pré-implantação</p> <p>Serão examinados os dados que antecedem a implementação do Programa Previne Brasil, proporcionando</p>	<p>Análise pós-implantação imediata</p> <p>Focaremos na avaliação dos primeiros resultados após a implementação do Programa</p>	<p>Acompanhamento de médio prazo</p> <p>Análises periódicas nos anos seguintes à implementação permitirão rastrear mudanças significativas, identificar padrões</p>	<p>Avaliação atual</p> <p>A análise do momento presente proporcionará uma visão abrangente dos</p>

	<p>uma visão aprofundada do cenário anterior à mudança. Isso incluirá a análise de indicadores de desempenho, estratégias de atendimento e financiamento sob o antigo Piso da Atenção Básica.</p>	<p>Previne Brasil. Serão identificadas mudanças imediatas, desafios iniciais e respostas da comunidade e dos profissionais de saúde diante do novo modelo.</p>	<p>emergentes e realizar ajustes estratégicos conforme necessário.</p>	<p>resultados acumulados, desafios persistentes e a eficácia contínua do Programa Previne Brasil. Isso incluirá a comparação com o cenário prévio à mudança para avaliar a evolução do sistema de saúde.</p>
--	---	--	--	--

Fonte: elaborado pelo autor deste trabalho.

Para ter uma ideia real da diferença entre os dois programas e como a distribuição de verbas pode afetar a sociedade de uma maneira geral, as tabelas 4 e 5 mostram a nova dinâmica de distribuição de valores pelo governo federal.

Tabela 4 – Valor mínimo Previne fixo per capita X PAB fixo per capita

Valor mínimo Previne fixo per capita	Valor mínimo PAB fixo per capita	Características dos municípios
R\$ 5,95	R\$ 28,00	Grupo I: Municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes.
R\$ 5,95	R\$ 26,00	Grupo II: Municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e população de até 100 mil habitantes; e os municípios com

		pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
R\$ 5,95	R\$ 24,00	Grupo III: Municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
R\$ 5,95	R\$ 23,00	Grupo VI: Municípios não contemplados nos itens anteriores.

Fonte: elaborado pelo autor deste trabalho.

A tabela 4 mostra a diferença dos valores per capita de repasse do antigo modelo de financiamento PAB FIXO e do atual modelo Previner Brasil, que será acrescido pelos índices atingidos pelos indicadores, respeitando o limite mínimo de R\$ 5,95 per capita. Através do PAB eram transferidos valores para os municípios levando em conta somente a população daquele local, de uma forma mais simples.

Com o Previner Brasil, busca-se o foco na qualidade dos resultados de saúde, enfatizando a prevenção e promoção da saúde, conforme quadro abaixo que mostra os indicadores de desempenho do programa.

Tabela 5 – Indicadores de pagamento por desempenho do Previner Brasil

1 - Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação		
Parâmetro: 100%	Meta 2022: 45%	Peso 1
Valor real do pagamento por desempenho começa a valer no primeiro quadrimestre de 2022.		
2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV		
Parâmetro: 100%	Meta 2022: 60%	Peso 1
Valor real do pagamento por desempenho começa a valer no primeiro quadrimestre de 2022.		
3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado		

Parâmetro: 100%	Meta 2022: 60%	Peso 2
Valor real do pagamento por desempenho começa a valer no segundo quadrimestre de 2022.		
4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS		
Parâmetro: ≥80%	Meta 2022 40%	Peso 1
Valor real do pagamento por desempenho começa a valer no segundo quadrimestre de 2022.		
5 - Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo B e poliomielite inativada		
Parâmetro: 95%	Meta 2022: 95%	Peso 2
Valor real do pagamento por desempenho começa a valer no segundo quadrimestre de 2022.		
6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre		
Parâmetro: 100%	Meta 2022: 50%	Peso 2
Valor real do pagamento por desempenho começa a valer no terceiro quadrimestre de 2022.		
7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre		
Parâmetro: 100%	Meta 2022: 50%	Peso 1
Valor real do pagamento por desempenho começa a valer no terceiro quadrimestre de 2022.		

Fonte: elaborado pelo autor deste trabalho.

No quadro, é possível visualizar os 7 indicadores utilizados atualmente no Programa Previne Brasil, a meta a ser atingida no ano de 2022, e o peso que será utilizado para a formatação do coeficiente do repasse por trimestre. O parâmetro corresponde a quanto daquela população deve ser atendida, no caso do indicador 1, proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natais realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação, 100% das gestantes devem ser atendidas, a meta para 2022 é no mínimo de 45% das gestantes atendidas, e o peso para fins de coeficiente para formulação do indicador é peso 1.

O sistema é separado em quadrimestres Q1, Q2 e Q3, o município receberá pagamentos do governo com base no desempenho dos dois primeiros indicadores da tabela anterior e considerará os demais indicadores em 100%, no segundo quadrimestre, serão considerados os resultados de mais três indicadores, e o município receberá os valores de

desempenho de cinco indicadores e considerará os demais como se estivessem em 100%. Chegando ao final, no Q3 o último quadrimestre, os dois indicadores que restaram deverão ter seus desempenhos reais considerados.

O valor pago por equipe, considerando que todos os indicadores fossem 100%, é:

- Equipes de Saúde da Família (eSF): R\$ 3.225
- Equipes de Atenção Primária (eAP) 30 horas: R\$ 2.418,75.
- eAP 20 horas: R\$ 1.612,50

Logo, com uma breve análise, o método gerencialista de gestão mostra que os quantitativos de atendimento têm grande peso naquilo que vai resultar no repasse financeiro de sustento à APS do município. Se antes o município tinha seu PAB Fixo para gerenciar as suas abordagens referentes a atenção primária a saúde, agora este município por via de seus gestores e das equipes de ESF e EAP terão que monitorar seus indicadores, focando-se muitas vezes em atingir estes coeficientes, e tratando a qualidade do atendimento como secundário ou nem qualificado, os profissionais relatam que não recebem capacitação técnica por parte dos municípios, por parte da Secretaria de Saúde Estadual nem por parte do Ministério da Saúde, o qual é o responsável pela implementação do programa.

Diante do exposto, a análise dos dados cruzados entre o Piso da Atenção Básica e o Programa Previne está além de descrever os modelos de financiamento ou uma análise potencialmente numérica. Trata-se de um processo que compreende a saúde a partir de um olhar que considera, primeiramente, o cuidado com a população, ainda de modo aprofundado e contextualizado, levando em consideração aspectos éticos e sociais. Nesse sentido, compreender as características de cada modelo e entender seus impactos no contexto sócio-histórico, no cruzamento de dados, entende-se que há um avanço considerável na administração pública, ainda que se utilize de ferramentas gerenciais. E isto é considerado devido a promoção de uma saúde pública preventiva, integralizada e universal. Desse modo, entendemos que a análise contínua representa o compromisso do Previne em evoluir constantemente, assegurando que seus esforços estejam alinhados com as reais demandas dos usuários dos serviços de saúde.

4.3 Para concluir o capítulo

Decerto que analisar o Programa Previne Brasil, em comparativo com o modelo de financiamento anterior, o Piso da Atenção Primária, sob a ótica do gerencialismo abrange o diálogo sobre abordagem gerencial que se implantou na Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentado em elementos da iniciativa privada – ou gerenciais –, o programa Previne Brasil é marcado enquanto instrumento da administração pública com intenção de apresentar melhorias em pontos frágeis da APS, aprimorando, desse modo, a eficiência e eficácia à medida que assegura o acesso e tratamento em saúde.

A atenção básica – principal frente de expansão do direito à saúde na vigência do SUS – não foi isenta desse desenvolvimento meandroso. Difundiram-se noções de racionalização de recursos e produtividade articuladas à lógica gerencialista. Instituíram-se dispositivos por meio dos quais o Estado transferiu parte dos recursos e funções ao setor privado, caso dos contratos de gestão firmados entre municípios e Organizações Sociais (OS), para oferta e gestão de serviços e da força de trabalho 3,4. Esse processo não aconteceu sem resistência. O SUS preserva, disputando seu direcionamento e apontando para um horizonte societário mais justo e igualitário, os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, desde 2016 constituiu-se um contexto ainda mais favorável à pauta privatista que é materializada em contrarreformas deflagradas em diversas frentes das políticas sociais e em específico na saúde (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 2).

Essa elucidação reafirma a necessidade de abordar criticamente o programa, abordando-o a partir da formulação de componentes analíticos para identificar padrões, tendências e dissensos entre os programas de financiamento, apontando se, de fato, o programa Previne corresponde em prática as suas metas. Dessa maneira, o cruzamento de dado, como técnica de análise, possibilitou confirmar ou contestar as hipóteses, proporcionando uma análise robusta e fundamentada sobre os impactos e desdobramentos do programa.

Para início, os dados utilizados para essa análise foram coletados na plataforma Google Acadêmico e nos portais do Ministério da Saúde, dos municípios e dos órgãos de apoio. Para demarcar um eixo analítico, a temporalidade foi adotada para encaminhar a organização dos dados que foram coletados, abrangendo informações cruciais sobre o desempenho, a cobertura e a qualidade

dos serviços de saúde oferecidos pela APS, permitindo uma avaliação abrangente dos resultados do Previner Brasil. Certamente, o cruzamento desses dados foi essencial para identificar padrões e tendências entre os programas de financiamento.

Ao considerar os resultados da análise, percebe-se que o Previner Brasil representa uma mudança significativa no modelo de financiamento e gestão da APS. A introdução de indicadores de desempenho, a capitação ponderada e os incentivos para ações estratégicas são elementos inovadores que buscam promover a abrangência do cuidado e a efetividade dos serviços de saúde. Contudo, é fundamental destacar que, como toda política pública, o programa não está isento de desafios e críticas. Nesse contexto, a avaliação do Previner Brasil deve ser contínua, adaptando-se às demandas da sociedade e às transformações no cenário de saúde pública, proporcionando transparência na divulgação dos resultados, o envolvimento das comunidades e a participação ativa dos profissionais de saúde são aspectos que podem fortalecer ainda mais a implementação do programa.

Em síntese, a análise do Programa Previner Brasil demonstra que, ao utilizar dados relevantes, é possível compreender a eficácia e os desafios de uma política de saúde. O gerencialismo, se aplicado de maneira equilibrada, pode contribuir para uma gestão mais eficiente e uma oferta de serviços de saúde mais alinhada às demandas da população. No entanto, é primordial que as estratégias sejam flexíveis e adaptáveis, garantindo a promoção da equidade e o respeito aos princípios fundamentais do SUS.

Decerto deve-se levar em consideração que a APS abrange todo o território nacional, e assim como os grandes centros urbanos tem acesso a sistemas informatizados sejam eles fornecidos pelo governo, ou contratados de fornecedores privados, cidades menores e mais afastadas tem acesso precário a internet ou mesmo unidades de saúde estruturadas com além do ambiente necessário para atendimento da equipe multidisciplinar, equipamentos de informática para a transcrição dos atendimentos para a finalidade de envio de informações aos órgãos do governo que gerem a métrica dos indicadores do Previner.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo emergiu entre lacunas bibliográficas, e identificando brechas dialógicas ele busca, por meio de uma análise aprofundada, compreender até que ponto e como o gerencialismo atravessa a administração pública, colocando em questão a saúde pública e sua eficiência. Nesta pesquisa, a interseção entre essas dimensões ocorreu a partir dos marcadores de gerenciamento e o Programa Previne Brasil, evidenciando um cenário complexo da contemporaneidade na saúde – frente ao congelamento do gasto público – e as estratégias de êxito, para além de garantir o acesso de usuários dos serviços de saúde de modo equânime, integral e universal. Desse modo, o gerencialismo – abordagem da gestão pública com elementos da iniciativa privada – busca, nesse cenário de precariedade, ampliar a eficácia e produzir resultados quantificados para enfrentar desafios ao passo que elabora estratégias de superação de pontos frágeis na Atenção Primária em Saúde. Então, buscamos responder o seguinte questionamento: em que medida a nova proposta de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil, efetivamente representa um aumento de recursos para o Sistema Único de Saúde?

Esse questionamento impulsiona a produção do objetivo geral, que é analisar o Programa Previne Brasil que altera o financiamento e sugere aumento de recursos para APS numa conjuntura de congelamento do gasto social. Esse objetivo se desdobra em três específicos: 1) verificar o novo modelo de financiamento da APS, quais serão as diferenças encontradas pelos municípios, e o que as equipes na ponta terão que realizar para que estes indicadores sejam preenchidos; 2) analisar o programa Previne Brasil, e seus indicadores, quais são os balizadores escolhidos pelos gestores do programa para endossar os futuros repasses financeiros; e 3) entender os tensionamentos que o programa Previne Brasil impôs aos municípios e suas equipes, pois com a transferência de responsabilidade de captação de dados para que gerem índices positivos nos indicadores, pode-se observar uma transferência da responsabilidade de gestores, federação e municípios para a ponta, onde as equipes irão atender a população nas Unidades de Saúde.

Ao realizar este estudo, percebemos que, por meio do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), que foi lançado em 2019 pelo Ministério da Saúde, o Programa Previne Brasil apresenta uma nova forma de

financiamento da APS no Brasil, que se baseia na coleta e avaliação de desempenho como critérios para o cálculo das transferências intergovernamentais. Esse método altera o modo como era financiada a APS no Brasil, que era baseada no número de habitantes e equipes de ESF "Estratégia de Saúde da Família". Os repasses começam a ser feitos de acordo com o número de pessoas cadastradas nos serviços de APS e por indicadores de desempenho, que demonstrarão se as metas pré-estabelecidas estão sendo atendidas.

Analizamos, em primeiro momento, diversos artigos que tratam do mais recente programa de financiamento pelo SUS para a atenção básica, o Previne Brasil. Desde que foi lançado em novembro de 2019, o programa tem sido alvo de diversas críticas da comunidade acadêmica, seja por não ter a participação da comunidade na sua criação, seja por indícios de que o programa poderia reduzir a ajuda financeira destinada ao atendimento básico de saúde. O SUS tem como princípios fundamentais a Universalidade, Equidade e a Integralidade, ou seja, o acesso deve ser universal para todos os cidadãos, de forma igualitária e que todos sejam atendidos desde as necessidades básicas, na prevenção e reabilitação da saúde, agindo de forma preventiva.

Tecemos um diálogo sobre como a saúde e o gerenciamento de gestão no Brasil revela uma compreensão relevante sobre o direito fundamental à saúde e a forma como esse serviço é oferecido; a integração do maior sistema de saúde público, o Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo a mudança de modelos de repasses financeiros, deixando de lado a PAB para os indicadores de desempenho – marca do gerencialismo – em especial, o programa Previne Brasil, em contraposição ao modelo anteriormente estabelecido. Alguns argumentos foram sustentados, na tentativa de introduzir, de forma gradual, o Programa Previne.

Foi possível observar que o Programa Previne Brasil surge como uma proposta potencialmente estratégica para superar as demandas da gestão pública na saúde, sendo implementado na Atenção Primária à Saúde. Em contrapartida, o êxito do programa com a execução de políticas, bem como com a capacidade de se adaptar a contextos locais e das estratégias de envolvimento da comunidade. Assim, tentando manejar os desafios a fim de superá-los, o programa deve contar, crucialmente, com uma dinâmica organizacional que valorize a assistência à saúde

de modo amplo, equilibrando os aspectos.

Ao avançarmos na análise deste estudo, percebemos que a integração do Programa Previne Brasil se torna uma política pública, além de uma nova abordagem da administração pública na área da saúde. Em alguns aspectos, o programa é considerado uma política pública, uma vez que proporciona oportunidades para a participação de diversos atores sociais e assegura direitos - ainda que em teoria, uma vez que há contradições na constituição - e é avaliado constantemente com base nos indicadores de desempenho.

Para que este trabalho tornasse uma possibilidade, tivemos que recorrer ao método de cruzamento de dados entre o Piso da Atenção Básica e o Programa Previne, que, decerto, vai além da descrição os modelos de financiamento ou uma análise numérica. Este é um procedimento que analisa a saúde através de uma perspectiva que leva em conta primeiramente o cuidado com a população, de forma abrangente e contextualizada, levando em conta aspectos éticos e sociais. Ao examinar as particularidades de cada modelo e seus impactos no contexto sócio-histórico, percebemos que há uma mudança significativa na administração pública, mesmo que se utilizem recursos gerenciais, esta mudança pode agregar positivamente para o gestor público, e no decorrer refletindo para o cidadão. Isso se dá pelo incentivo à promoção de uma saúde pública preventiva, integralizada e universal. Dessa forma, percebemos que a análise constante representa o compromisso do Previne em se atualizar constantemente alterando e agregando indicadores que possam analisar e reforçar o cuidado com certas doenças que podem ser monitoradas, assegurando que seus esforços estejam alinhados com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde, 2019** <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-demudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/>> aCESSO EM 09 out. 2022.

ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Cadernos ENAP, n. 10. Brasília: ENAP, 1997.

BARBOSA, L. **Igualdade e meritocracia: a ética do desempenho nas sociedades modernas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

BARBOSA, M. G. et al. **Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do Piso da Atenção Básica à remuneração por desempenho**. In: GOMES, L. B.;

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Lei 13.460 de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: . Acesso em 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Básica: parte fixa**. Brasília: SE/MS, 2001. _____. Ministério da Saúde. Portaria no 1.409, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jul. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2TP0Xh7>>.

BRASIL. **Resolução nº 1, de 13 de janeiro de 2014**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Administração Pública, bacharelado, e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14957-rces001-14&category_slug=janeiro-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 06 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.

BRASIL. **Lei nº 8080, 10 de setembro de 1990**, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208080%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre>

BRASIL. **LEI Nº 12.864, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013.**,Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm>

Brasil, **Min.Saúde, Princípios do Sistema Único de Saúde** <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-comofunciona>>

BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BVSMS. 05/8 – Dia Nacional da Saúde. **Biblioteca virtual em saúde, Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://encurtador.com.br/aikGM>.

CAMPELO, G. S. Administração pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos. **Revista Ciências & Trópicos**, v. 34, n. 2, 2010.

CIARLINI, Alvaro Luis de A S. **Direito à saúde – paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição, 1ª edição.** Editora Saraiva, 2013. *E-book*. ISBN 9788502197732. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502197732/>. Acesso em: 21 ago. 2023.

CLAD, C. L.-A. de A. para o D. **Uma nova gestão pública para a América Latina. Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 50, n. 1, p. p. 121-144, 2014. DOI: 10.21874/rsp.v50i1.343. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/343>. Acesso em: 9 out. 2022.

DE-SETA; M.; OCKÉ-REIS, C.; RAMOS, A. L. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 2021.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 32.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. Editora Atlas, São Paulo, ed. 21ª, 2008.

Domingos, Carolina Milena et al. **A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2016, v. 32, n. 3 [Acessado 15 Setembro 2022] , e00181314. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00181314>>. Epub 22 Mar 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181314>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Editora Atlas S.A., São Paulo, 1989, 2. ed., p. 5-206.

Harzheim, Erno et al. **Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 16 Setembro 2022] , pp. 1361-1374. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.

JUNIOR, J. M.; TOMPOROSKI, A. A. Administração pública brasileira atual: a coexistência do patrimonialismo, burocracia, gerencialismo e governança pública. **Profanações**, v. 10, 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Atlas S.A., São Paulo, 5. ed., 2003.

Massuda, Adriano, **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 14 Setembro 2022] , pp. 1181-1188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Epub 17 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.

MEDAUAR, Odete. **Direito administrativo moderno**. 21 ed. São Paulo: Fórum, 2018.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2016.

OLIVEIRA K. C. S. de; COSTA, J. C. Direito à saúde: da (in)efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial. **Doutrinas Essenciais de Direito Constitucional**, v. 7, 2015.

Paula, Ana Paula Paes de **Administração pública brasileira entreo gerencialismo e a gestão social**. *Revista de Administração de Empresas*, v. 45, 2005.

PEREIRA, I. de P.; CHAI, C. G.; LOYOLA, C. M. D.; FELIPE, I. M. A.; PACHECO, M. A. B.; DIAS, R. da S. O Ministério Público e o controle social no sistema Único de saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p.1767-1776, maio 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rkMJkw7FqKzKD6bzsqNqp_vg/#. Acesso em: 26 jan. 2024.

PUC-SP. Direito à saúde. **Enciclopédia Jurídica da PUCSP**. Tomo Direito Administrativo e Constitucional, Edição 1, fev. de 2018. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/170/edicao-1/direito-a-saude>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SANTOS MELAZZO, E. Problemantizando o conceito de políticas públicas: desafios à análise e à prática do planejamento e da gestão. **Tópos**, v. 4, n. 2, 2010.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. ed. 11, Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SEVEGNANI, A. L. **O direito à saúde sob a perspectiva da subsidiariedade**: uma análise principiológica e econômica do direito. Dissertação. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí-SC, julho de 2021.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. Editora Cortez, São Paulo, 23. ed., 2007.

TURESSO, J. F.; MÉLO, T. R. Equidade em saúde na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 16, n. 2, p. 546-562, jul./dez. 2023.

WOOD JR, T. Meritocracia tropical. **Carta Capital – Economia**. Publicado em: 19 jun 2014. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/revista/804/meritocracia-tropical-9607.html>. Acesso em: 23 dez 2024.