

Impactos do programa Previne Brasil na Atenção Primária à Saúde e no Sistema Único de Saúde

Impacts of the *Previne Brasil* program on Primary Health Care and the Unified Health System

Impactos del programa Previne Brasil en la atención primaria de salud y el Sistema Único de Salud

Cibele Pitthan da Silva¹
Margaret Ivanir Schneider²
Natália Viegas de Souza Schmitz³

(¹) Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição. Cirurgiã dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7442-4186>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5638436182864673>. E-mail: cibelepithan1@gmail.com.

(²) Mestre em Saúde Mental Coletiva, ULBRA. Especialização em saúde coletiva, ULBRA. Enfermagem e obstetrícia, UCS. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3311-4664>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0277134299263867>. E-mail: schneidermargaretivanir@gmail.com.

(³) Mestre em Educação - UFRGS; Residência em Saúde da Família e Comunidade - GHC; Bacharel em Serviço Social - UPF. Assistente social no Grupo Hospitalar Conceição. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8143-7308>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2777578342389132>. E-mail: natalia.souza@ghc.com.br.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é o eixo central da Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção no SUS, que estruturada por atributos essenciais e derivados, visa garantir o cuidado integral. A introdução do Programa Previne Brasil, em 2019, redesenhou o financiamento da APS e impactou a organização do trabalho das equipes. Este estudo busca analisar essas repercussões por meio de revisão integrativa de literatura apoiada no método da Colcha de Retalhos associado à técnica de paráfrase. Os dados obtidos no indexador de literatura Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) — sendo incluídos documentos em português, dentro do período estipulado e que respondiam aos objetivos do estudo — foram categorizados em temas e analisados segundo uma abordagem qualitativa, com emprego da análise de conteúdo na modalidade temática. Os achados mostram que a extinção do Piso de Atenção Básica fixo e a adoção de condicionalidades financeiras fragilizaram o princípio da universalidade. As mudanças no modelo estimularam focalização, segmentação das ações e redução da compreensão ampliada do processo saúde doença, alterando a identidade da APS. O componente de “pagamento por desempenho” reforçou lógica produtivista e aproximação de práticas privatistas, influenciando prioridades assistenciais e a dinâmica cotidiana das equipes. Essas transformações repercutem diretamente na qualidade, continuidade e equidade da atenção em saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; atenção primária à saúde; indicadores de saúde comunitária; financiamento de capital; política de saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the central axis of Primary Health Care, which is the first level of care within the Unified Health System. It is structured around essential and derived attributes and aims to ensure comprehensive care. The introduction of the Previne Brasil Program in 2019 redesigned Primary Health Care financing and impacted the organization of team workflows. This study aims to analyze these repercussions through an integrative literature review using the “Patchwork” method, combined with paraphrasing techniques. Data obtained from the Biblioteca Virtual em Saúde, including documents in Portuguese published within the specified timeframe that addressed the study’s objectives, were

categorized by theme and analyzed using a qualitative approach, specifically thematic content analysis. The findings show that the elimination of the Fixed Primary Health Care Floor and the adoption of financial conditionalities weakened the principle of universality. The changes to the model fostered a shift toward targeting and the segmentation of actions, while narrowing the broad understanding of the health-disease process, thereby altering the identity of Primary Health Care. The “pay-for-performance” component reinforced a productivist logic and a move toward privatization-style practices, influencing care priorities and the teams’ daily dynamics. These transformations have a direct impact on the quality, continuity, and equity of health care.

Keywords: Unified Health System; primary health care; community health indicators; capital financing; health policy.

RESUMEN

La Estrategia de Salud Familiar es el eje central de la Atención Primaria de Salud (APS), el primer nivel de atención en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, que, estructurado por atributos esenciales y derivados, busca garantizar una atención integral. La introducción del Programa Previne Brasil en 2019 rediseñó la financiación de la APS e impactó la organización del trabajo de los equipos. Este estudio busca analizar estas repercusiones a través de una revisión integradora de la literatura apoyada por el método Patchwork asociado con la técnica de parafraseo. Los datos obtenidos del indexador de literatura de la Biblioteca Virtual em Saúde, incluidos documentos en portugués, dentro del período estipulado y que respondían a los objetivos del estudio, se categorizaron en temas y se analizaron según un enfoque cualitativo, utilizando el análisis de contenido temático. Los hallazgos muestran que la extinción del Piso Básico de Atención fijo y la adopción de condicionalidades financieras debilitaron el principio de universalidad. Los cambios en el modelo estimularon la focalización, la segmentación de acciones y una reducción en la comprensión amplia del proceso salud-enfermedad, alterando la identidad de la APS. El componente de “pago por desempeño” reforzó una lógica productivista y fomentó una mayor alineación con las prácticas de privatización, influyendo en las prioridades de atención y la dinámica diaria de los equipos. Estas transformaciones impactan directamente en la calidad, la continuidad y la equidad de la atención médica.

Palabras clave: sistema unificado de salud; atención primaria de salud; indicadores de salud comunitaria; financiación de capital; política sanitaria.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006, consolidou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a principal estratégia de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para a Atenção Básica (AB)¹ (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022). As equipes de saúde da família (eSF) têm seu trabalho regido pelos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), compreendidos por uma série de características que orientam o cuidado em saúde, sendo fundamentais para uma oferta de cuidado abrangente e efetiva. Um dos grandes diferenciais desse modelo de atenção em relação ao modelo anterior, que se configurava pelo assistencialismo médico (Brasil, 2014), é o cuidado pensado a partir das necessidades da população, baseado na

¹ Usaremos os termos atenção primária à saúde e atenção básica como equivalentes, conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017).

territorialização garantindo a resolutividade do sistema (Araújo *et al.*, 2024; Castro-Nunes *et al.*, 2024).

As eSF passaram a ser responsáveis por garantir o direito universal à saúde previsto na Constituição Federal (CF) de 1988. Por meio do vínculo entre equipe e usuário promovem a longitudinalidade do cuidado (Paulo, 2023), nestes territórios vivos (Miranda; Silva; Miranda, 2022) marcados pela desigualdade social.

Considerando que o SUS opera de forma interligada nos três níveis e sendo a APS o nível responsável por tratar da maioria das condições de saúde da população (Brasil, 2017), seu fortalecimento é sinônimo de resolutividade do sistema, visto que quanto mais demandas forem resolvidas na APS, menores serão os encaminhamentos para os níveis secundário e terciário, evitando a sobrecarga nos demais níveis de atenção.

Antes da implementação do Programa Previne Brasil (PPB), o financiamento federal para o primeiro nível de atenção garantia um custeio per capita aos municípios de acordo com a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de receitas adicionais previstas no Piso de Atenção Básica variável para políticas prioritárias (Giovanella, 2018).

A Portaria 2.979/2019 (Brasil, 2019a) instituiu a política de financiamento Programa Previne Brasil (Romagnolli, 2024) voltada à APS do SUS, modificando estruturalmente o formato de repasse financeiro, o que trouxe impactos importantes na organização dos processos de trabalho e funcionamento do SUS (Zambrano; Pasche, 2021). Dentre as mudanças apresentadas na política, as transferências de recursos federais para os municípios ao invés de serem baseadas em número de habitantes (per capita) e de eSF, passaram a ser calculadas a partir do quantitativo de cadastramentos realizados nas Unidades de Saúde (US) e no alcance de resultados obtidos pelas equipes por meio de sete indicadores (Massuda, 2020).

Apesar da premissa de que o programa fortaleceria e tornaria a APS mais abrangente, Massuda (2020) aponta que a política ao adotar a captação ponderada como critério de financiamento em vez do financiamento per capita pode limitar a universalidade, indo na contramão das conquistas alcançadas pelo SUS. Além disso, o critério de financiamento “pagamento por desempenho” pode levar à priorização de ações voltadas para indicadores monitorados, em detrimento dos problemas de saúde apresentados pela comunidade. Hone *et al.* (2017) alertam para possíveis distorções no

financiamento, uma vez que dependerá de cadastros e preenchimento de critérios previstos nos indicadores e as condições para a realização desse trabalho podem variar consideravelmente de acordo com a região do país.

Diante de tais considerações, torna-se relevante explorar empiricamente como essas mudanças no modelo de financiamento têm repercutido na organização e na oferta dos serviços da APS, especialmente no que se refere à qualidade do cuidado e à equidade no acesso.

Este estudo tem como objetivo analisar os impactos da implantação do programa Previne Brasil (2019a) sobre o financiamento da Atenção Primária à Saúde. Parte-se da transição de um modelo de repasse com componente fixo aos municípios para outro orientado pelo desempenho, baseado no alcance de metas mensuradas por indicadores, buscando o entendimento de como essa mudança repercute na organização dos serviços e na assistência prestada à população.

METODOLOGIA

Este artigo é resultado de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) e se caracteriza como uma revisão integrativa de literatura. Por meio da revisão integrativa o pesquisador tem o conhecimento da atualidade sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

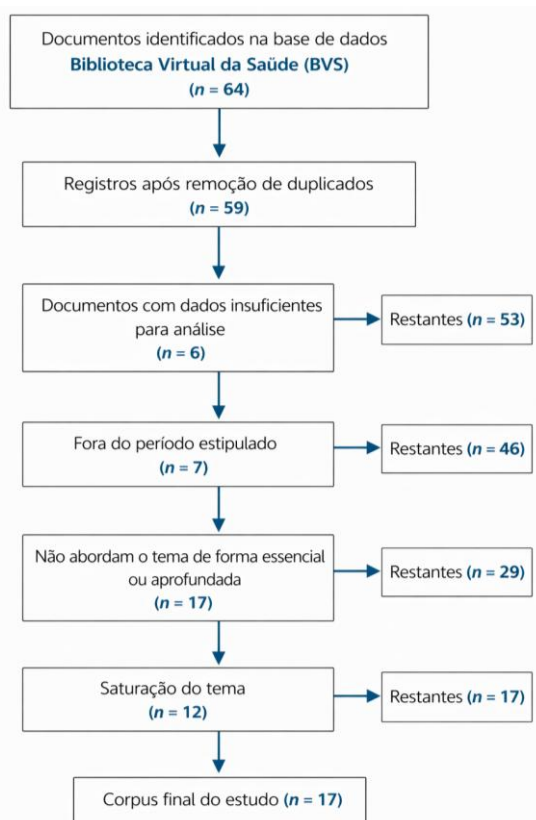
O estudo foi estruturado nas seguintes etapas: definição dos descritores “atenção primária à saúde” e “programa previne Brasil”; o primeiro corresponde a um descritor em Ciências da Saúde (DeCS), enquanto o segundo, embora não padronizado, foi incluído por se tratar de um termo específico essencial à delimitação do tema. Os descritores foram combinados utilizando o operador booleano AND, de maneira a maximizar a recuperação de estudos relevantes no indexador Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e utilizando os filtros. Foram incluídos todos os documentos em português provenientes da busca – não foi aplicado nenhum filtro de tipologia de estudos, disponíveis na íntegra na base de dados utilizada e dentro do período de vigência do PPB (2019 - 2024).

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: estudos que não abordavam de forma substantiva o financiamento da APS ou o programa Previne Brasil e publicações

com dados insuficientes para análise. Os registros duplicados foram considerados apenas uma vez.

Assim, a amostra foi constituída da seguinte forma: dos 64 estudos inicialmente identificados na busca, cinco foram excluídos por duplicidade, seis por apresentarem dados insuficientes para análise, sete por estarem fora do período de inclusão estabelecido, 17 por não abordarem de maneira essencial ou aprofundada o financiamento da APS ou o PPB e 12 em razão de saturação temática, estabelecida quando os conceitos começam a se repetir, ou seja, quando a coleta de novos dados se torna redundante. Assim, o corpus final do estudo foi composto por 17 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de definição da amostra



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Após a definição da amostra, foi realizada a leitura atenta de todos os documentos na íntegra e realizada a seleção dos trechos que tinham relação com o tema e respondiam aos objetivos da pesquisa, mesclando-os em um documento no Word, conferindo a cada obra uma cor diferente de forma a permitir a visualização do contraste

entre os diferentes autores. Essa etapa é denominada de Frankenstein, ou Colcha de Retalhos (Gonçalves, 2019). Foi feita a leitura da Colcha de Retalhos e a construção de uma linha lógica entre os conceitos presentes na amostra e o tema da pesquisa. A partir disso, foi aplicada a técnica de paráfrase, ou seja, a construção de um novo texto utilizando como referência as citações dos artigos base, o que gerou o desenvolvimento deste trabalho (Gonçalves, 2019).

A coleta de dados foi conduzida pela autora principal entre março e outubro de 2025, sendo posteriormente revisada pela orientadora do estudo, caracterizando um processo de dupla checagem.

Os dados obtidos foram categorizados em temas e analisados à luz de uma abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo temática (Bardin, 2011). Quanto a organização para análise, realizou-se em duas etapas. Inicialmente, elaborou-se uma lista abrangente dos temas emergentes mais relevantes, e os documentos foram classificados conforme a temática predominante. Em seguida, realizou-se uma análise mais aprofundada, na qual esses temas gerais foram desdobrados em subtemas mais específicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 17 artigos analisados estão descritos e classificados por tema e subtema na Tabela 1. O tema das equipes multiprofissionais na APS foi tratado em perspectiva histórica — contemplando sua criação, expansão e posterior desmonte —, razão pela qual não foi segmentado em subtemas.

Tabela 1 – Temas, subtemas e artigos selecionados segundo categorias de análise.

Tema	Subtema	Artigos selecionados
Neoliberalismo e subfinanciamento na saúde	Do subfinanciamento à privatização	Nunes; Chaoubah (2021). Massuda (2020). Machado (2022).
	Marcos da tomada neoliberal nas políticas públicas brasileiras na saúde	Nunes; Chaoubah (2021). Rodrigues; Eberhardt (2024). Paulo (2023). Massuda (2020). Morosini; Fonseca; Baptista (2020).
	Captação ponderada	Seta; Ocké-reis; Ramos, (2021). Araújo <i>et al.</i> (2024). Sellera <i>et al.</i> (2023). Castro-Nunes <i>et al.</i> (2024).
	Falácias por trás da cobrança de produtividade	Paulo (2023). Castro-Nunes <i>et al.</i> (2024). Sarti <i>et al.</i> (2020). D’Avila (2022).
	Viés produtivista no pagamento por desempenho e visão limitada do processo saúde-doença	Schönholzer <i>et al.</i> (2023).
Enfraquecimento do controle social		Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2020).
Equipes multiprofissionais na APS		Chieregatto (2024). Mattos; Gutiérrez; Campos (2022). Silva (2022).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Neoliberalismo e subfinanciamento na saúde

A criação do SUS representou a mais importante política de inclusão social na história do Brasil. Garantiu a mais de cinquenta milhões de brasileiros o direito à saúde,

eliminando de vez a figura desumana do indigente sanitário² (Mendes, 2013). Porém, o apoio ao SUS como direito social nunca foi unânime (Bahia, 2018). Enquanto uma parcela da população era favorável à implementação do SUS, outra considerava a saúde como um setor extremamente lucrativo e para que pudessem lucrar, o chamado movimento contrarreformista do Estado buscou maneiras de minar as conquistas democráticas em prol de interesses do mercado (Simionatto; Luza, 2011).

A América Latina entre as décadas de 1960 e 1990 vivia sob a égide da ditadura, entre os anos 1980 e 1990 gradativamente o neoliberalismo foi introduzido, como resposta à crise da dívida externa, contraída durante a ditadura, sob a influência de organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. Caracterizou-se pela privatização de empresas estatais, abertura comercial, desregulamentação e cortes em gastos públicos. Na década de 1990 as reformas neoliberais espalhavam-se pela América Latina. Voltadas à redução do papel do Estado na economia e à abertura de mercado, o neoliberalismo promove a ideia de ineficiência do Estado e assim, sua mínima intervenção na economia, o que leva à diminuição dos investimentos sociais e à reconfiguração das políticas públicas (Nunes; Chaoubah, 2021; Borlini Drago, 2010).

O subfinanciamento da saúde tem suas raízes nessa disputa ideológica, ou seja, as dificuldades que se apresentavam desde o surgimento do SUS quanto ao seu financiamento (Borlini Drago, 2010) não são por acaso, inclusive, para Machado (2022) encontram-se alicerçadas nos interesses do capital e, assim, expressam imposições de natureza político-ideológica.

Do subfinanciamento à privatização

Segundo Menezes, Moretti e Reis (2019), a trajetória do SUS evidencia uma luta constante para garantir financiamento público necessário à efetivação do direito à saúde. A CF de 1988 prevê que o financiamento do SUS teria sua origem no Orçamento da Seguridade Social (OSS), complementado por recursos dos três entes federativos, entre outras fontes. No entanto, em razão das recorrentes crises econômicas desde a

² Indigente sanitário: expressão utilizada para indicar pessoas que em situação de pobreza ou falta de renda, eram desamparadas no que se refere aos serviços básicos de saúde, antes da implementação do SUS.

implementação dos direitos sociais, os repasses previstos nunca foram plenamente realizados, resultando em um quadro de subfinanciamento desde a criação do sistema (Marques; Piola; Roa, 2016).

É importante a reflexão acerca das circunstâncias sob as quais as dificuldades no direcionamento dos repasses financeiros para as políticas públicas sociais ocorrem, visto que, perante crises econômicas o Estado regulador (Carnut; Narvai, 2016), com a justificativa de assegurar a estabilidade das finanças públicas têm o aval para o corte de gastos e privatização em setores sociais, como educação e saúde.

Para Machado (2022), o modelo de custeio vigente promove o desfinanciamento que consequentemente abre caminhos para a privatização, pois se utiliza da crise sanitária e econômica para realocar recursos, sendo uma forma de garantir maior espaço para o setor privado na saúde.

Marcos da tomada neoliberal nas políticas públicas brasileiras na saúde

A partir de 2016, observou-se uma retomada da lógica neoliberal nas políticas públicas. O regime fiscal posto pela Emenda Constitucional nº 95, ao congelar os investimentos em saúde por 20 anos (Nunes; Chaoubah, 2021), ignorou transformações antevistas na saúde como a transição demográfica e as adaptações necessárias diante do aumento das doenças crônicas não transmissíveis (Menezes; Moretti; Reis, 2019). Essa medida induziu cortes significativos nos investimentos do setor e é amplamente reconhecida como um marco nos retrocessos que se seguiram na APS. Assim, pode-se afirmar que, a partir da Emenda Constitucional nº 95 e o estabelecimento de teto de gastos para a realização das despesas primárias (Cassi; Gonçalves, 2020), o histórico subfinanciamento do SUS foi agravado por um processo de desfinanciamento progressivo (Paulo, 2023).

Em 2017, a Portaria 2.436 instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), que reestruturou a organização dos serviços com impactos sobre o modelo de atenção e o direito à saúde (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Dentre as mudanças podemos citar: tornou facultativa a presença de dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) e de controle de endemias (ACE) (Brasil, 2017).

A ausência de obrigatoriedade do ACS merece destaque, pois seu trabalho é fundamental para a organização do SUS: a proximidade com as famílias favorece a identificação de vulnerabilidades e o monitoramento das condições de saúde, prevenindo agravos (Cohn; Nakamura; Gutierrez, 2009). O conhecimento do território e das pessoas que nele vivem constitui uma ferramenta central para fortalecer o vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade. No entanto, as políticas recentes caminham na direção oposta à lógica de cuidado anteriormente consolidada, evidenciando uma tendência centralizadora das ações, voltada prioritariamente ao atendimento da demanda espontânea, em detrimento da abordagem territorial (Martins; Carbonai, 2022).

Seguindo a onda de redução e flexibilização das equipes de APS, a Portaria 2.539/19 estabeleceu como componente mínimo da eAB, agora chamada Equipe de Atenção Primária (eAP), o médico e o enfermeiro, com 20 ou 30 horas semanais; permitiu a sua participação em mais de uma eSB, eAP ou eSF, sem risco de suspensão de repasse; flexibilizou a carga horária das equipes de saúde bucal (eSB) nos mesmos moldes (Brasil, 2019b).

As eSF, definidas pela PNAB como recurso prioritário para a organização e o funcionamento do SUS, passaram a desempenhar um papel secundário a partir de 2017. Com a mudança, o Ministério da Saúde permitiu que os municípios constituíssem equipes menores — tanto em número de profissionais quanto em carga horária —, tornando-as menos custosas e, portanto, mais atrativas para a gestão. Contudo, esse formato reduzido enfraquece o potencial de vínculo e compromete a continuidade do cuidado ofertado à população (Silva *et al.*, 2021).

Seguindo a lógica de desestruturação da APS, o PPB é considerado o ápice das ameaças a esse nível de atenção, ao romper com a parcela fixa per capita que assegurava transferências lineares e universais aos municípios (Giovannella, 2018). Nesse contexto, ao adotar um modelo de repasse fundamentado principalmente em cadastros e no alcance de metas, o programa configura uma violação da diretriz de universalidade (Paulo, 2023).

A partir desse fato, é possível perceber muitos desdobramentos, principalmente no que tange o trabalho realizado pelas equipes. Para Rodrigues e Eberhardt (2024), é como um efeito cascata: as mudanças nas bases estruturais do financiamento influenciam nos processos de planejamento e gestão, planejamentos que não são

baseados nas necessidades da população adscrita interferem na execução das políticas de saúde e na assistência à saúde da população.

Captação ponderada

Ainda que a análise da captação ponderada considere grupos populacionais específicos e municípios de áreas rurais (Seta; Ocké-reis; Ramos, 2021), os critérios utilizados no PPB para a distribuição dos recursos não contemplam a diversidade territorial e as desigualdades regionais existentes no país (Costa; Silva; Jatobá, 2022). Assim como o aumento no número de cadastros após a implementação do incentivo de captação ponderada que o exige, não corresponde ao adequado alcance de metas estabelecidas no terceiro quadrimestre de 2021 (Sellera *et al.*, 2023).

Araújo *et al.* (2024) alertam para a necessidade de maior participação federal no financiamento do setor. Paulo (2023) ressalta o risco de desfinanciamento promovido pelo PPB, principalmente para os municípios mais pobres, com menor poder de arrecadação.

As falácias por trás da cobrança de produtividade

Segundo Paulo (2023), o PPB, ao enfatizar a metrificação dos resultados das equipes, apoia-se em uma lógica de eficiência e ineficiência, em que a suposta ineficiência serve como pretexto perigoso para a ampliação da atuação do setor privado na saúde. Por outro lado, a chamada eficiência, quando associada a um financiamento baseado em cadastros, acaba novamente se traduzindo em menores investimentos estatais na oferta de serviços de saúde. Ou seja, em ambas perspectivas há o enfraquecimento da participação estatal no que tange o financiamento da saúde.

Para Leite (2014), não há evidências consistentes que comprovem maior eficiência das organizações prestadoras de serviços em comparação à administração direta. Ademais, aponta que os processos de terceirização podem se contrapor à função de proteção social do Estado, ao favorecerem o avanço de políticas e concepções de orientação neoliberal.

Neste contexto, é fácil entender por que o SUS mesmo sendo considerado um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo (Sarti *et al.*, 2020), é alvo frequente de ataques. Cotidianamente ouvimos frases que estimulam a desvalorização do SUS;

falas tendenciosas que induzem ao pensamento ilusório de que entregar à iniciativa privada empresas públicas — ineficientes poderia ser uma ótima alternativa na melhoria da prestação de serviços à população (D’Ávila, 2022).

Para D’Ávila (2022) argumentações que defendem a venda de empresas públicas brasileiras a partir de uma ideia de absoluta eficiência da iniciativa privada em detrimento da absoluta ineficácia do serviço público são importantes manobras de manipulação da mídia. Ainda, nos convida à reflexão: Se as empresas fossem ruins ou pouco lucrativas, por quais razões empresários — que, com legitimidade, buscam seus lucros — colocariam seu dinheiro ali?

Viés produtivista presente no “pagamento por desempenho” e visão limitada do processo saúde-doença

Associado ao viés produtivista presente no critério de “pagamento por desempenho”, está uma leitura biologicista do processo saúde-doença que ignora a complexidade e multidimensionalidade do processo saúde-doença (Rodrigues; Eberhardt, 2024). Para Bravo (2006), o projeto de saúde articulado ao mercado ressurgiu como uma reatualização do modelo médico assistencial privatista hegemônico que operava anteriormente à CF 1988.

O critério de “pagamento por desempenho” teria como função avaliar quantitativamente as eAP e eSF através de indicadores de saúde comunitária, os quais deveriam refletir tanto a realidade da população, considerando o contexto socioeconômico cultural em que vivem as famílias, quanto a dos serviços de APS, uma vez que teriam sido definidos com base estudos epidemiológicos (Schönholzer *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, várias dimensões precisam ser consideradas neste processo. Os sete indicadores propostos em 2019 relacionados, principalmente, à saúde da mulher e acompanhamento das doenças crônicas (hipertensão e diabetes) são restritos quando comparados à ampla gama de situações clínicas enfrentadas pelos usuários dos serviços de saúde (Paulo, 2023), o que, para Rodrigues e Eberhardt (2024), gera um risco eminente de desassistência às pessoas que não se adequam aos parâmetros estabelecidos. Aliado a isso, a partir desses indicadores não é possível fazer o

reconhecimento das particularidades territoriais e das desigualdades regionais (Costa; Silva; Jatobá, 2022).

O diagnóstico situacional é uma importante ferramenta para a identificação de problemas e necessidades sociais de uma região, incluindo aspectos relacionados à organização da saúde e da educação (Brasil, 2018). Nesse contexto, os agentes comunitários de saúde (ACS) desempenham papel central no cuidado, ao atuarem como mediadores entre a comunidade e as equipes de saúde da família (Oliveira *et al.*, 2022), viabilizando a incorporação das demandas locais no planejamento das ações, o que contribui para o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas e efetivas (Alves *et al.*, 2021).

A forma de avaliação das equipes também se mostrou questionável, pois a ênfase em métricas essencialmente quantitativas desconsidera as particularidades do processo de trabalho (Rodrigues; Eberhardt, 2024) e tampouco estimula as equipes a cuidarem de problemas que não estejam previstos nas metas estabelecidas (Minami *et al.*, 2024). Além disso, segundo Miranda (2020), tal modelo de avaliação fere princípios éticos e sociais fundamentais, como a equidade e a integralidade.

Vale ressaltar que o MS instituiu o modelo de financiamento sem ao menos comunicar previamente o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para Abreu (2014), a perspectiva do controle social, como direito de cidadania, vem sofrendo fortes ataques e não são recentes: datam o início da contrarreforma do Estado, que vem ao longo dos anos, enfraquecendo os espaços de controle social. Os conselheiros de saúde reagiram e denunciaram o ato como um ataque à universalidade da saúde no Brasil, ao impor restrições significativas para o acesso das gestões municipais aos repasses federais destinados à AB (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Equipes Multiprofissionais (eMulti) na APS

As eMulti configuram-se como equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada à APS, com responsabilidade compartilhada pela população e pelo território, articulando-se de forma intersetorial e integrada à Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2023a), sendo fundamentais para garantir a integralidade do cuidado.

Diante da necessidade de aumentar a capacidade resolutiva da ESF, em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008), que “se consolidou no Brasil como a principal forma de inserção multiprofissional na APS no SUS” (Silva, 2022, p. 26). Ou seja, com mais categorias profissionais disponíveis para prestar apoio às equipes de referência, estávamos chegando cada vez mais perto do cuidado integral previsto nos princípios e diretrizes do SUS, mas que nem sempre se tratava de uma realidade no cotidiano do cuidado ofertado.

As equipes multiprofissionais, por meio do apoio matricial, atuam no manejo de casos mais complexos, aumentando a resolutividade da APS (Silva, 2022), além de alterarem a lógica de um cuidado em saúde fragmentado e médico-centrado (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022).

Como marcos do período de consolidação da multiprofissionalidade na APS podemos destacar: a inclusão da equipe multiprofissional na PNAB/2011 contendo a definição das diretrizes do apoio matricial; aumento expressivo das equipes a partir de 2012 (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022) e alteração da PNAB/2017 modificando o nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e ampliação do escopo (Silva, 2022).

Em 2020 os NASF-AB foram desfinanciados pelo MS resultando na extinção dos Núcleos em alguns municípios (Chieregatto, 2024). O resultado foi a redução de 379 equipes nos anos de 2020 e 2021, o que resultou diretamente na capacidade de resposta do SUS. Ademais, a redução do número de equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi sinérgica às mudanças do PPB (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo realizado, cujo objetivo foi analisar os impactos da implantação do PPB sobre este nível de atenção a partir da análise das políticas públicas brasileiras com a finalidade de ampliar a discussão sobre o tema, constatou-se que as mudanças estruturais decorrentes do avanço do projeto neoliberal na saúde — especialmente após 2016, com a EC 95, as flexibilizações da PNAB em 2017 e 2019 e a criação do PPB — geraram efeitos desfavoráveis na oferta de cuidado e na organização dos processos de trabalho na APS.

Os resultados mostram a violação da diretriz da universalidade expressa na extinção do PAB fixo e na criação de condicionalidades para o financiamento; a descaracterização da APS, marcada por alterações nos processos de trabalho com tendência à focalização e segmentação das ações e serviços; retrocesso quanto a concepções limitadas do processo saúde-doença. O critério do “pagamento por desempenho” do PPB apresentou traços produtivistas e alinhamento a lógicas privatizantes. Observou-se também o enfraquecimento do controle social e o desmonte das equipes multiprofissionais na atenção básica no período estudado.

A partir de 2023, com a mudança no governo federal, observam-se avanços na condução das políticas públicas de saúde, especialmente no financiamento da APS (Melo *et al.*, 2025). A revogação da EC-95 e a promulgação da Lei Complementar nº 200/2023 introduziram maior flexibilidade na execução orçamentária, ainda que, tenham sido mantidos mecanismos de contenção de gastos (Brasil, 2023). Em 2024, a revogação do PPB, por meio da Portaria nº 3.493/2024, instituiu um novo modelo de alocação de recursos para a APS (Brasil, 2024), com mudanças relevantes. Destaca-se a retomada da Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário, com financiamento diferenciado em relação a outras equipes; a extinção do pagamento por cadastros, em direção ao fortalecimento da cobertura universal do SUS; e a reintrodução do cofinanciamento direto às equipes multiprofissionais.

Ademais, observam-se avanços na área de saúde bucal, com ampliação dos parâmetros de cofinanciamento das equipes de Saúde Bucal e criação de novos serviços especializados, bem como a adoção de critérios mais sensíveis às heterogeneidades territoriais na classificação dos municípios, o que pode contribuir para maior equidade na distribuição de recursos (Brasil, 2023b).

Apesar do cenário atual apontar mudanças positivas, ainda persiste a lógica do modelo anterior, uma vez que, parte do financiamento permanece atrelada ao cumprimento de metas baseadas em indicadores (Melo *et al.*, 2025), os quais não refletem a produção em saúde no território. Assim, para Pimenta *et al.* (2023) mudanças reais exigem uma nova metodologia de avaliação na APS, de caráter multidimensional, orientada à qualificação da gestão e do cuidado voltados às dimensões de acesso e qualidade.

A consolidação da universalidade da saúde requer sustentabilidade e ampliação do SUS, conforme assegurado constitucionalmente. A reconstrução democrática da saúde pública brasileira deve priorizar a efetivação do direito à saúde, reafirmando os princípios de equidade, integralidade e universalidade que orientam o sistema. Entretanto, a persistência do subfinanciamento público, o aumento dos gastos privados e a crescente segmentação do sistema de saúde mantêm esse direito ameaçado.

A análise das mudanças institucionais demonstra que tais transformações repercutem diretamente na organização e no financiamento da APS. A compreensão do contexto político que permeou essas alterações é central para elucidar o processo de fragilização da APS enquanto política estruturante do SUS, bem como os desafios para a consolidação de um sistema de saúde público, inclusivo e democrático.

Como limitações, destaca-se a heterogeneidade dos estudos incluídos, a variabilidade metodológica das evidências analisadas e o potencial viés de seleção e de publicação, fatores que podem comprometer a generalização dos achados, como a consulta exclusiva na BVS e em língua portuguesa.

O estudo contribuiu para ampliação da concepção acerca das consequências que o PPB trouxe para a APS, contudo, o conhecimento acerca do tema não se esgotou. Recomenda-se a realização de mais estudos para aprofundar a compreensão desses impactos, principalmente a longo prazo, visto a complexidade da desestruturação de bases do financiamento que tem influência sobre toda a rede de atenção à saúde e nos modelos de atenção e práticas prioritárias de cuidado as pessoas.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. A. *Controle social na atenção básica do Sistema Único de Saúde brasileiro*. 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/580/1/462337.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ALVES, A. K. R. *et al.* Diagnóstico situacional de uma Unidade Básica de Saúde: um relato de experiência. *Revista Research, Society and Development*, São Paulo, v. 10, n. 13, e274101321328, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21328>. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/dorlivete,+e274101321328.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2026.

ARAÚJO, I. M. M. *et al.* Atenção primária e informação em saúde: desempenho e financiamento no município de Natal/RN. *Revista Ciência Plural*, Natal, v. 10, n. 2, e36337, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n2ID36337> . Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/36337/19023>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORLINI DRAGO, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/7697/5799>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 43, p. 38-42, 4 mar. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Unidade II: modelos, redes e atenção básica à saúde: da teoria à prática*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/U02.html>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 97, nov. 2019a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2 e nº 6, de 2017, para instituir equipe de Atenção Primária (eAP) e

dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 115-116, 27 nov. 2019b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/11/PortariaEAP.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm. Acesso em: 18 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, Ed. 96-B (Extra B), p. 11, maio 2023a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, Ed. 70, p. 160, 11 abr. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 18 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o pagamento por desempenho da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, Ed. 135, p. 237, 18 jul. 2023b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960_18_07_2023.html. Acesso em: 18 abr. 2026.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. p. 55-70.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, abr./jun. 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016144614. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/fY4tKrkdBSJGrSv7mr3C5Xh/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

CASSI, G. H. G.; GONÇALVES, O. O. Emenda constitucional 95/2016: propósitos e consequências do Novo Regime Fiscal. *NOMOS: Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC*, Fortaleza, v.40, n.1, jan./jun.2020, p. 35-57. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/62191>. Acesso em: 21 abr. 2026.

CASTRO-NUNES, P. *et al.* Efeitos da remuneração por desempenho na atenção primária em um cenário de sub-registro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 58, p. 44, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005812. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/t6S3F7DQFckN4NMQZRBxjSP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

CHIEREGATTO, L. S. *Organização das equipes de apoio matricial da região sul do município de São Paulo durante o desfinanciamento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) no Programa Previnde Brasil*. 2024. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/09/1571403/lara-formatado-10h00mim-2-2.pdf>. Acesso em: 22 out. 2025.

COHN, A.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K. A. De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: COHN, Amélia (org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: Cedec, 2009. p. 141-167.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria nº 2.979: CNS aprova recomendação. *Revista Nacional da Saúde*, Brasília, DF, v. 4, n. 14, 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1283746/revista-14cns-2020_8-9.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

COSTA, N. R; SILVA, P. R. F.; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o Programa Previnde Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 8, p. 8-20, dez. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1432403>. Acesso em: 12 jan. 2026.

D'AVILA, M. *Somos as palavras que usamos*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00029818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

GONÇALVES, J. R. Como escrever um artigo de revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Brasília, DF, v. 2, n. 5, p. 35-36, ago./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4319105>. Disponível em: <https://zenodo.org/records/4319105>. Acesso em: 12 jan. 2026.

HONE, T. *et al.* Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Affairs*, Washington, DC,

v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.0966. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2016.0966>. Acesso em: 12 jan. 2026.

LEITE, A. M. G. N. *Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco*. 2014. 158 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. Disponível em: <<https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/a608f3f5-0546-4b94-886b-1d148aa53f3d/content>>. Acesso em: 13 abr. 2026.

MACHADO, F. G. *A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo: implicações do Programa Previnê Brasil*. 2022. 110 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-09082022-133542/publico/MachadoFG_DR_R.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

MARQUES, R. M; PIOLA, S. F; ROA, A. C. (org.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

MARTINS, M. B; CARBONAI, D. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 37, n. 110, e3711001, 2022. DOI: 10.1590/3711001/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/MZMgk5j8JRqTwQxXZvHf68f/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MATTOS, M. P; GUTIÉRREZ, A. C; CAMPOS, G. W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3503-3516, set. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022279.01472022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hJxzTYsJHr5LzdBdtsK/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MELO, M. A. *et al.* Financiamento da APS ao longo do tempo: indução, expansão e qualificação do modelo Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.12642025. Disponível

em: <https://www.scielo.org/article/csc/2025.v30n12/e12642025/pt/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gzYFsDyxzXPjJK8WvWvG8th/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MENEZES, A. P. R; MORETTI, B; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 58-70, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S505. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MINAMI, J. *et al.* Tendências de financiamento da Atenção Primária à Saúde em uma capital brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, e01202024, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242911.01202024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mkXSrLhbwbYx7ZjPr8n4jJC/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MIRANDA, A. S. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1214-1230, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012720. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MIRANDA, A. A. B; SILVA, L. P. V; MIRANDA, M. L. B. Territórios vivos de conflitos e resistências: implicações para as políticas públicas. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 26, n. esp., p. 660-676, 30 dez. 2022. DOI: 10.18764/2178-2865.v26nEp660-676. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/20308>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00040220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkc3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

NUNES, R. P; CHAOUBAH, A. Atenção primária à saúde no âmbito do SUS: mudanças institucionais em curso no cenário pós-2016. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 24, n. 4, p. 681-697, out./dez. 2021. DOI: 10.34019/1809-8363.2021.v24.35279. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/35279/24610/160175>. Acesso em: 12 jan. 2026.

OLIVEIRA, F. F. *et al.* Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 291–313, jul./set. 2022. DOI: 10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3771. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3771/3132>. Acesso em: 14 abr. 2026.

PAULO, R. L. *Previne Brasil, uma herança bolsonarista que agrava o (des)financiamento do SUS: uma análise dos impactos do pagamento por desempenho na cidade de Francisco Morato (SP)*. 2023. 28 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1419069/tcc-rodri-go-lucas-paulo.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PIMENTA, A. *et al.* Uma alternativa para superação do Programa Previne Brasil: propostas para alocação de recursos federais para APS. *ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde*, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Proposta-Modelo-Aloc-AB-em-2023_Versao-09-2023-30-06-2023-VF.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

RODRIGUES, E. C; EBERHARDT, L. D. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, e8385, jan./mar. 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241408385P. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/download/8385/1781/96255>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ROMAGNOLLI, A. P. B. *Política de financiamento da Atenção Primária à Saúde e suas implicações nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde*. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2024/06/Defesa-Dissertacao-Ana-Paula-Bazzo-Romagnolli.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200043. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SCHÖNHOLZER, T. E. *et al.* Indicadores de desempenho da Atenção Primária do Programa Previne Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 31, e4007, 2023. DOI: 10.1590/1518-8345.6640.4007. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/218375>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 2743-2750, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023289.20142022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9HGBxrtgLY57stVTJsxNMkm/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SETA, M. H; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SILVA, G. C. G. V. *et al.* Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. *Revista Pró-UniverSUS*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 60-65, jan./jun. 2021. DOI: 10.21727/rpu.v12i1.2621. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2621>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SILVA, R. A. *Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: recomendações sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil*. 2022. 100 p. Dissertação (Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-20062022-091525/publico/RubemAbraoDaSilvaVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SIMIONATTO, I; LUZA, E. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 215-226, 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/9830>. Acesso em: 18 abr. 2026.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ZAMBRANO, M. S; PASCHE, D. F. O Programa Previne Brasil e as mudanças no financiamento da atenção básica de saúde: do subfinanciamento ao desfinanciamento? *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE*, 4., 2021, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos[...]*. Campinas: Galoá, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/o-programa-previne-brasil-e-as-mudancas-no-financiamento-da-atencao-basica-de-sa?lang=pt-br>. Acesso em: 12 jan. 2026.

Editores responsáveis: Daniel Demétrio Faustino da Silva; Cecilia Biasibetti Soster.
Recebido em 23 de janeiro de 2026.
Aceito em 24 de março de 2026.
Publicado em 29 de julho de 2026.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SILVA, C. P; SCHNEIDER, M. I; SCHMITZ, N. V. S. Impactos do programa Previne Brasil na Atenção Primária à Saúde e no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. e646, 2026. DOI: <https://doi.org/10.66105/caeps.v6i1.646>.